

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR JOCELYNE FONTAINE

ETUDE DU PHENOMENE DROP-OUT

DANS UN GROUPE DE DETENUS PARTICIPANT A UN PROGRAMME

DE COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE

MARS 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.



## Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre premier - Abandon prématuré et progrès réalisés en thérapie .....	5
L'abandon prématuré .....	6
Effets de l'abandon prématuré sur l'individu et le groupe de thérapie.....	12
Variables reliées à l'abandon prématuré .....	17
Progrès réalisés au cours du traitement.....	37
Hypothèses.....	46
Chapitre II - Description de l'expérience.....	49
Lieu d'expérimentation.....	50
Sujets.....	53
Procédure.....	56
Instrument de mesure.....	58
Chapitre III - Analyse des résultats .....	65
Résultats .....	66
Discussion des résultats.....	76
Conclusion.....	82
Synthèse.....	83
Recommandations.....	85
Appendice A - Test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels ....	87
Appendice B - Exemples des résultats obtenus par un sujet au Terci .....	98

Appendice C - Mesures de prévention .....	102
Remerciements.....	113
Références .....	114

## Introduction

Dans tous les types de thérapie, le phénomène de l'abandon prématuré chez les patients représente un véritable problème puisqu'il peut être un obstacle à la réussite du traitement. L'intervention auprès des individus criminels n'échappe pas davantage à ce problème même si peu d'études s'y sont consacrées. Un exemple qui illustre bien ce fait, est le programme de communauté thérapeutique La Relance, situé au Centre de réhabilitation de Waterloo au Québec, qui présente un taux élevé d'abandon prématuré bien qu'ayant des effets positifs reconnus sur les individus qui y participent.

La présente étude concerne les détenus participant à ce programme de communauté thérapeutique La Relance. Elle a pour but d'abord, d'identifier certaines variables relevant de l'individu, qui seraient reliées à l'abandon prématuré de ce programme et ensuite, de mesurer les progrès accomplis par les détenus qui ont persisté, en tenant compte de la durée de la thérapie. Pour ce faire, l'instrument de mesure utilisé est le Test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels (Hould, 1979).

Une telle étude permet de déterminer si certaines variables individuelles sont en relation avec l'abandon prématuré, ce qui favorise une meilleure compréhension de ce problème. Comme il a été démontré que le programme a des effets positifs sur le comportement des détenus, il est important de porter une attention à l'abandon puisqu'il en réduit les bienfaits.

Cette recherche permet aussi de mesurer l'influence de la durée de la thérapie en regard des progrès accomplis par les détenus participant au programme, et de vérifier s'il existe une limite de temps nécessaire à l'atteinte des objectifs visés.

Cette recherche comporte d'abord un premier chapitre où il est question, dans une revue des principales études s'y rattachant, des variables reliées à l'abandon prématuré en thérapie individuelle et de groupe et des effets provoqués par ce dernier. Le second point abordé, est la réalisation de progrès en relation avec le contexte thérapeutique, la durée de la thérapie et les variables individuelles. Enfin, la formulation des hypothèses vient clore ce premier chapitre.

Le deuxième chapitre concerne la description de l'expérience. En premier lieu, il comporte donc une description du lieu d'expérimentation, des sujets et de la procédure. Ensuite, il est question de l'instrument de mesure utilisé, le Terci (Test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels) et des variables en cause pour chacune des hypothèses de cette recherche. Pour la première hypothèse, la variable indépendante est le fait de quitter ou de ne pas quitter le programme de communauté thérapeutique La Relance et les variables dépendantes sont la compétence interpersonnelle et la motivation. Pour la deuxième hypothèse, la variable indépendante est la durée de la thérapie alors que la variable dépendante est la réalisation de progrès.



Le troisième chapitre présente les résultats obtenus et comporte une discussion de ces résultats. La conclusion, quant à elle, fait la synthèse des éléments importants de cette étude et formule des recommandations pour les recherches futures.

## Chapitre premier

### Abandon prématuré et progrès réalisés en thérapie

## L'abandon prématuré

Il existe un phénomène d'abandon prématuré chez les patients en thérapie venant compromettre en quelque sorte l'atteinte des objectifs visés par le traitement. L'abandon de la thérapie est généralement initié par le patient lui-même, sans accord avec le thérapeute sur le fait qu'elle soit réellement complétée. Ce phénomène touche un fort pourcentage d'individus qui débutent une thérapie et c'est pourquoi de nombreuses études ont tenté d'analyser ce problème.

### Définition

Dans la plupart des études abordant ce sujet, lorsqu'il est question d'individus qui abandonnent prématurément la thérapie, qu'elle soit individuelle ou de groupe, le terme drop-out est le plus souvent utilisé. Il est à noter que cet anglicisme est maintenant accepté dans la langue française (Petit Robert, 1981). Toutefois, les auteurs ne le définissent pas tous de la même façon et les facteurs retenus pour l'expliquer diffèrent quelque peu d'une étude à l'autre.

Selon Baekeland et Lundwall (1975), un individu est considéré comme drop-out s'il ne poursuit pas la thérapie, s'il s'y oppose ou s'il est expulsé de celle-ci par manque de coopération ou de réponse au traitement. D'autres auteurs (Levitt, 1957b; Levitt, 1958; Levitt, Beiser et Robertson, 1959)

donnent une définition très générale du drop-out: c'est celui qui se soustrait au traitement après l'avoir accepté. Il faut cependant se rappeler ici que le terme drop-out correspond au comportement d'un individu à un moment donné. Il ne s'agit pas de réduire l'ensemble de la personnalité du sujet à ce seul comportement.

Roback et Smith (1987) notent que dans plusieurs études, la définition du drop-out est souvent imprécise parce qu'elle englobe tous les individus quittant la thérapie, peu importe si cela survient après une seule entrevue ou au bout de quelques semaines. Toutefois, quelques auteurs apportent une précision à cette définition en tenant compte du temps passé en thérapie. Certains (Frank et al., 1957; Gliedman et al., 1957; Heilbrun et Sullivan, 1962; Katz et Salomon, 1958) décrivent le drop-out comme étant celui qui cesse le traitement après quelques entrevues seulement. Pour d'autres (McNair, Lorr et Callahan, 1963), c'est celui qui refuse ou qui cesse la thérapie après 16 semaines ou moins, et de plus, sans l'avis ou le consentement du thérapeute.

Il est toutefois difficile d'établir le nombre d'entrevues déterminant si un individu est drop-out ou s'il quitte en ayant tout de même bénéficié d'un court traitement (Meltzoff et Kornreich, 1970). En effet, il n'est pas nécessairement exact de prétendre que tous les individus qui abandonnent après 6 ou 12 entrevues, échouent leur thérapie. Ces auteurs rapportent que c'est souvent la différence entre les attentes du patient et du thérapeute qui détermine si un individu est considéré comme drop-out ou non. La

désignation de drop-out peut donc résulter d'un désaccord entre patient et thérapeute, quant aux buts devant être atteints à la fin de la thérapie.

En ce qui concerne plus spécifiquement la thérapie de groupe, certaines études rapportent que le phénomène d'abandon survient dans une large mesure au début du processus. Yalom (1967) rapporte qu'au-delà d'une période de 20 semaines, très peu de patients quittent la thérapie. Ce nombre de 20 sessions de thérapie a justement été le seuil retenu parce que selon l'auteur, peu d'abandons surviennent après ce temps et que cela semble une définition appropriée pour l'abandon dit prématuré, étant donné la perspective à plus long terme de la thérapie de groupe.

Néanmoins, d'autres observations ne supportent pas ce point de vue. Dick (1975) et Malan et al. (1976), dans leurs études respectives, rapportent des individus qui abandonnent de 6 à 12 mois après le début de la thérapie. Certaines recherches (Heath et Bacal, 1968; Kaplan et Roman, 1963; Stone, Schengber et Seifried, 1966; ) confirment ce point de vue en alléguant que le phénomène d'abandon dans les groupes de thérapie en phase plus avancée n'est pas rare.

Cependant, selon Grotjahn (1972), il semble que ceux qui persistent après un an de thérapie, présentent beaucoup plus de chances de poursuivre une deuxième année et de terminer leur traitement dans la troisième année. Ceci serait attribuable au fait que le groupe prend sa "forme" au bout d'une année et tend à la maintenir l'année suivante.

Baekeland et Lundwall (1975) présument qu'il existe des différences entre le drop-out qui abandonne la thérapie immédiatement après la première entrevue, celui qui abandonne après un mois et celui qui le fait après six mois. Les variables reliées à l'abandon prématuré, qu'elles relèvent du groupe ou de l'individu, peuvent différer selon le moment où l'individu décide de quitter la thérapie. Toutefois, peu d'auteurs tiennent compte de ces différences et préfèrent établir une seule limite de temps qui distingue les drop-out des individus qui persistent. Il est à noter que dans la majorité des études consultées, le drop-out n'est pas défini en fonction de l'atteinte ou non d'objectifs spécifiques, mais plutôt en fonction d'un nombre d'entrevues ou d'une durée quelconque de la thérapie.

### Ampleur du phénomène

L'incidence du phénomène d'abandon prématuré en thérapie a été observée par plusieurs auteurs (Baekeland et Lundwall, 1975; Gabby et Leavitt, 1970; Gallagher et Kanter, 1961; Garfield et Kurz, 1952; Rosenthal et Frank, 1958; Stone, Blaze et Bozzuto, 1980; Yalom, 1985) et elle varie beaucoup d'une étude à l'autre. Les analyses concernant ce phénomène sont considérées selon le type de thérapie, soit la thérapie individuelle et la thérapie de groupe.

#### A. Taux d'abandon en thérapie individuelle

Garfield et Kurz (1952), dans une étude regroupant 560 patients vus en thérapie individuelle, rapportent que 43% d'entre eux ne sont venus qu'à

cinq entrevues ou moins. Dans l'étude de Haddock et Mensh (1957), 66% des clients ont été vus en thérapie moins de cinq fois, alors que Gabby et Leavitt (1970) rapportent que dans leur échantillon de 400 clients, ce pourcentage est de 45. Dans plusieurs recherches concernant la thérapie individuelle, le nombre moyen de rencontres en thérapie se situe entre cinq et six (Blackman, 1948; Garfield et Kurz, 1952; Gordon, 1965; Rosenthal et Frank, 1958; Rogers, 1960).

D'autres études arrivent également à des taux d'abandon similaires en ce qui concerne la thérapie individuelle. Katz et Salomon (1958) relèvent qu'un tiers des patients de la clinique de l'université de Yale ne sont venus qu'une seule fois et qu'un autre tiers se sont présentés moins de cinq fois. Gallagher et Kanter (1961) rapportent que sur 633 patients vus dans une clinique, 23% ont quitté après une seule entrevue. Enfin Lindsay (1965) obtient un taux d'abandon très élevé, soit 93% des individus qui ne vont qu'à neuf entrevues ou moins et sur ce pourcentage, 72% qui ne vont qu'à quatre entrevues ou moins.

#### B. Taux d'abandon en thérapie de groupe

L'abandon prématuré affecte également les groupes de thérapie et représente un obstacle important par rapport à l'organisation du groupe. Ce phénomène touche près de 36% des individus selon une étude de Yalom (1966), alors que le taux d'abandon dans l'étude de Sethna et Harrington (1971) est encore plus élevé, soit de 41%, où 37 patients sur 94 n'ont pas complété la thérapie.

Stone, Blaze et Bozzuto (1980) en effectuant l'étude de cinq groupes de thérapie dans une clinique psychiatrique, trouvent un taux d'abandon de 50% à l'intérieur d'une période de 12 mois. Wilkinson et al. (1971) arrivent à un taux un peu moins élevé, soit 36%, avec 47 individus sur 132 ayant abandonné de façon prématurée. Quant à Grotjahn (1972), ses statistiques ont été compilées auprès de huit groupes, sur une période de cinq ans et il obtient un taux d'abandon de 35% après 12 mois de thérapie.

Selon Baekeland et Lundwall (1975), le taux d'abandon pour les groupes de thérapie varie entre 33% et 50% d'après les différentes recherches consultées, et se situe entre 32% et 79% pour les groupes se trouvant en institution psychiatrique. Quelques études (Hiler, 1954; Imber, Nash et Stone, 1955; Kurland, 1956) ayant fait une revue des patients référés en clinique psychiatrique et acceptés en thérapie, rapportent un taux d'abandon de 30% à 60% avant la sixième entrevue.

De plus, ces pourcentages sont encore plus élevés, c'est-à-dire 82% d'abandons pour une période de quatre mois (Kaufman, 1972), lorsqu'il s'agit de groupes de traitement spécifiques s'adressant à des alcooliques ou à des toxicomanes. Il semble donc que le phénomène d'abandon prématuré soit encore plus important dans les thérapies de groupe que dans les thérapies individuelles.

Bien que de nombreuses études rapportent un taux d'abandon plus élevé pour les thérapies de groupe (Baekeland et Lundwall, 1975; Berne, 1955; Nash et al., 1957; Scher et Johnson, 1964; Sethna et Harrington, 1971;), Piper et



al. (1984) ne trouvent aucune différence significative entre les taux d'abandon de la thérapie de groupe et de la thérapie individuelle.

En somme, il existe bel et bien un phénomène d'abandon prématuré peu importe le type de thérapie, mais dont l'ampleur est difficile à évaluer étant donné les différents taux d'abandon retrouvés dans les recherches consultées. Toutefois, quel que soit ce taux d'abandon, il est alarmant puisque c'est sur la continuité de la thérapie que repose essentiellement l'amélioration de l'état ou du comportement du patient.

#### Effet de l'abandon prématuré sur l'individu et le groupe de thérapie

Dans la présente recherche, l'accent est mis sur le phénomène d'abandon prématuré en thérapie de groupe. Bien que ce problème ait été beaucoup examiné du côté des thérapies individuelles, Roback et Smith (1987) soulignent qu'il a des conséquences cliniques beaucoup plus sérieuses dans un contexte de groupe.

D'ailleurs plusieurs auteurs (Piper et al., 1984; Sethna et Harrington, 1971; Stone, Blaze et Bozzuto, 1980; Zimmerman, 1968) reconnaissent l'effet négatif de l'abandon prématuré en thérapie de groupe, autant sur l'individu qui quitte que sur les membres composant le groupe. Par exemple, il peut empêcher l'individu qui abandonne de retirer des bénéfices de tout autre thérapie, même individuelle, en plus d'affecter irrémédiablement le potentiel thérapeutique du groupe pour les autres patients. Le départ d'un individu peut

également entraver la solidarité du groupe et créer un effet d'entraînement, c'est-à-dire provoquer le départ de plusieurs autres membres. Cependant, Lothstein (1978) mentionne que les individus drop-out peuvent avoir un effet positif sur le groupe, en permettant l'expression de l'agressivité et en augmentant le degré de cohésion.

#### Effets négatifs de l'abandon prématuré

Dans une de ses études, Yalom (1985) rapporte que tous les individus ayant quitté la thérapie ont éprouvé une insatisfaction par rapport à leur expérience de groupe. Selon Sethna et Harrington (1971), ces patients déjà affectés par leur état psychologique, le sont encore davantage suite à leur échec en thérapie. Les individus qui abandonnent ont aussi un effet négatif sur ceux qui demeurent dans le groupe thérapeutique; ces derniers se sentent menacés et démoralisés par ces départs prématurés du groupe. Ainsi, l'abandon prématuré est non seulement un échec pour le client qui quitte, mais se fait aussi au détriment des autres membres du groupe (Sethna et Harrington, 1971; Yalom, 1985).

Sethna et Harrington (1971) considèrent également que l'abandon ralentit le travail de groupe, favorise l'émergence de sous-groupes, diminue la cohésion et décourage les membres d'atteindre un mieux-être. En effet, pour que le groupe puisse se développer de façon optimale, il faut qu'il y ait stabilité au niveau des membres et un trop grand nombre de drop-out perturbe ce fonctionnement pour une longue période (Stone, Blaze et Bozzuto, 1980;

Yalom, 1985). Le thérapeute peut aussi être touché, surtout s'il en est à ses premières armes; il peut se sentir coupable, incompetent et vivre ces abandons comme un échec.

L'abandon du groupe par un membre peut également exercer un effet d'entraînement pour les autres et affaiblir par le fait même la norme établissant l'importance de persister et de poursuivre l'expérience de la thérapie (Roback et Smith, 1987; Stone, Blaze et Bozzuto, 1980). Dans deux des groupes analysés concernant l'étude de Stone, Blaze et Bozzuto (1980), suite au départ de deux membres, au moins une autre personne quittait en réponse au changement de l'équilibre du groupe.

Dans l'effet d'entraînement, les motifs pour lesquels les membres quittent la thérapie dépendent de l'ordre de leur départ (Stone, Blaze et Bozzuto, 1980). Pour le premier individu, quitter peut signifier fuir une situation qui le confronte à un investissement interpersonnel de plus en plus profond. Pour le second, c'est souvent à cause d'un sentiment de perte à l'égard de l'individu qui est parti, qu'il abandonne. Enfin, pour le troisième, le départ des deux premiers peut signifier que le groupe ne s'intéresse pas à chacun de ses membres et qu'il ne désire pas s'impliquer dans ce que chacun ressent personnellement, alors l'individu décide d'abandonner lui aussi.

Zimmerman (1968) rapporte que même dans les cas où le patient quitte la thérapie lorsqu'il croit en avoir retiré le maximum de bénéfices, les

membres du groupe auquel il appartient y réagissent de façon négative. Seulement le fait d'annoncer un départ prochain crée une anxiété au sein du groupe et tous cherchent des moyens qui permettraient de l'éviter. Pour McGee, Shuman et Racusen (1972), terminer une thérapie dans un groupe thérapeutique est un processus très complexe, représentant pour les participants l'étape la plus difficile et la plus éprouvante sur le plan émotionnel. Elle peut provoquer des sentiments de perte, d'abandon, de dépendance et le sentiment d'être inadéquat, pour ne nommer que ceux-là.

Quant à Piper et al. (1984), ils concluent que l'abandon prématuré en thérapie a effectivement un effet démoralisant sur l'individu drop-out, sur ceux qui persistent et même sur le thérapeute. Qu'il puisse provoquer d'autres départs parmi les membres et même compromettre la vie du groupe demeure vrai, mais prétendre qu'il puisse aussi provoquer de sérieuses conséquences cliniques sur le groupe, comme le mentionnent Roback et Smith (1987), est sûrement le résultat d'une sur-estimation de son incidence. Par ailleurs, si certains patients quittent en cours de route, il ne faut pas tous les considérer comme récalcitrants à ce genre de traitement, puisque certains d'entre eux pourront recevoir de l'aide dans un autre groupe, avec un thérapeute différent.

#### Effets positifs de l'abandon prématuré

Peu d'auteurs mentionnent que les individus drop-out peuvent exercer une fonction positive sur le groupe, en augmentant par exemple, la solidarité entre les membres. Cependant, comme ils servent parfois de boucs émissaires au sein du groupe, le rôle qui leur est attribué est plutôt négatif.

Ainsi, Lothstein (1978) rapporte qu'au début du groupe, il existe une période de bouleversement où l'hostilité et l'agressivité des membres et du thérapeute se manifestent par l'expulsion d'un ou de plusieurs membres. Comme si cette expulsion était une condition nécessaire pour que le groupe se resserre et atteigne un degré de cohésion plus élevé. Selon lui, ces individus drop-out facilitent l'expression de l'hostilité et de l'agressivité des membres et, par leur départ, augmentent le degré de cohésion du groupe:

Nous ne commençons qu'à comprendre que les individus appelés drop-out seraient à vrai dire, les victimes d'une force que représente le groupe au niveau de l'hostilité et de la cohésion. Dans le but de délimiter les frontières du groupe et de parvenir à un climat d'appartenance et de camaraderie, certains groupes auraient, de façon rituelle, à expulser un ou deux membres. Tant que cette pénible tâche n'est pas accomplie, il y a probablement peu d'espoir qu'un haut degré de cohésion puisse s'établir entre les membres du groupe (Lothstein, 1978, p.1495).

Pour cet auteur, il convient donc de considérer les individus qui abandonnent dans une perspective plus positive, plutôt que de chercher systématiquement à les écarter avant même le début de la thérapie de groupe.

Pour la majorité des auteurs toutefois, l'effet de l'abandon prématuré en thérapie de groupe demeure négatif. Il nuit au développement du groupe, décourage les membres de ce groupe, provoque d'autres départs et affecte même le travail du thérapeute. Il importe donc de trouver des moyens de le réduire afin d'augmenter les bénéfices d'une telle expérience et surtout, d'en atténuer les effets négatifs.

### Variables reliées à l'abandon prématuré

Un des moyens de diminuer l'incidence du phénomène de l'abandon prématuré, est d'identifier les variables qui y sont reliées et par le fait même, qui l'influencent. Cette partie du travail tentera d'identifier ces variables, qui peuvent relever de l'individu, du groupe thérapeutique et du thérapeute lui-même. Peu d'études ont été faites concernant spécifiquement les détenus qui poursuivent une thérapie, c'est pourquoi les études mentionnées dans ce mémoire se rapportent à des groupes en général.

Comme il est difficile de prédire l'abandon prématuré des patients en thérapie, les tentatives dans ce sens n'ont eu, jusqu'à maintenant, qu'un modeste succès. Selon Koran et Costell (1973), il faut faire preuve de prudence au moment d'effectuer des comparaisons entre les études traitant de l'abandon prématuré, puisqu'il existe de grandes différences entre elles, non seulement au niveau des populations étudiées, du cadre thérapeutique et des méthodes de traitement, mais aussi à cause du pouvoir incertain des critères de prédiction.

Comme le démontrent Meelh et Rosen (1955), le poids d'un facteur de prédiction change selon le taux d'abandon de la population étudiée; le facteur qui prédit 50% des drop-out dans une étude où le taux d'abandon est de 60%, est beaucoup plus important que celui qui prédit le même pourcentage, mais pour un taux d'abandon de 15%. Ce qui revient à dire que, plus le taux d'abandon est élevé pour la population étudiée, plus la force du critère de prédiction de l'abandon est grande.

Baekeland et Lundwall (1975) rapportent que la plupart des études concernant l'abandon en thérapie individuelle insistent davantage sur les variables reliées à l'individu, alors que les variables reliées au thérapeute ou au contexte thérapeutique sont beaucoup plus importantes dans les études concernant la thérapie de groupe (Koran et Costell, 1973; Roback et Smith, 1987; Sethna et Harrington, 1971). Ces trois types de variables peuvent être considérées séparément par rapport à l'abandon, mais comme le rapportent Roback et Smith (1987), il est plus probable que ce soit l'interaction des trois aspects qui puisse le mieux expliquer ce phénomène.

#### Variables reliées à l'individu

Dans leur tentative de discriminer les individus qui vont abandonner un traitement de ceux qui vont persister, certains auteurs (Cartwright, 1955; Cole, Branch et Allison, 1962; Gottschalk et al., 1967; Sue et al., 1973) orientent leur recherche du côté des caractéristiques socio-économiques des individus, alors que d'autres (Mozdzierz et al., 1973; Roback et Smith, 1987; Sethna et Harrington, 1971; Yalom, 1985) explorent plutôt les caractéristiques psychologiques. De façon générale, ce sont surtout les études traitant de l'abandon en thérapie de groupe qui s'attardent aux caractéristiques psychologiques des participants.

#### A. Caractéristiques socio-économiques

Les principales caractéristiques socio-économiques analysées en relation avec l'abandon prématuré sont l'âge, le sexe, la race, le niveau socio-économique et le degré de scolarité des individus.

1. Age. Trois des études recensées (Brown et Kosterlitz, 1964; Gottschalk et al., 1967; Katz et Solomon, 1958) indiquent l'âge comme un facteur relié à l'abandon prématuré. S'il est relié à l'abandon, il ne l'est pas dans le même sens dans toutes les recherches. Ainsi dans certains cas, ce sont les patients les plus jeunes qui sont les plus susceptibles d'abandonner (Gottschalk et al., 1967), alors que dans d'autres cas, ce sont les patients les plus âgés (Katz et Solomon, 1958). Quant à Affleck et Garfield (1961), Cartwright (1955), Weiss et Schaie (1958), ils ne trouvent aucun lien entre l'âge et le fait d'abandonner la thérapie.

2. Sexe. Bien que plusieurs études (Affleck et Garfield, 1961; Grotjahn, 1972; Imber, Nash et Stone, 1957; Koran et Costell, 1973) ne rapportent aucun lien entre le sexe des individus et l'abandon de la thérapie individuelle, Brown et Kosterlitz (1964), Cartwright (1955), Rosenthal et Frank (1958) et Weiss et Schaie (1958), notent que les femmes abandonnent davantage la thérapie que les hommes.

3. Race. Rosenthal et Frank (1958) indiquent que la race est un facteur relié à l'abandon de la thérapie, mais sans préciser de quelle façon. D'autres auteurs (Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; Sue et al., 1974; Yamamoto, James et Palley, 1968) précisent que les individus de race noire sont plus susceptibles d'abandonner de façon prématurée que les individus de race blanche. Enfin, les études de Cimbolich (1972), Ewing (1974), Gibbs (1975) ne retrouvent aucun lien entre la race et l'abandon de la thérapie.



4. Niveau socio-économique. Plusieurs études (Brown et Kosterlitz, 1964; Cole, Branch et Allison, 1962; Imber, Nash et Stone, 1955; Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; Rosenthal et Frank, 1958; Rubinstein et Lorr, 1956) mettent en évidence une relation entre le niveau socio-économique de l'individu et l'abandon prématuré de la thérapie. Il semble que les individus provenant d'un faible niveau socio-économique présentent de plus fortes chances d'abandonner la thérapie de façon prématurée que ceux qui proviennent d'un niveau socio-économique plus élevé. Cependant, deux études (Frank et al., 1957; Garfield et Affleck, 1959) ne trouvent aucun lien entre le niveau socio-économique et l'abandon de la thérapie.

5. Degré de scolarité. Le degré de scolarité est aussi relié à l'abandon prématuré. Plusieurs recherches (Bailey, Warshaw et Eichler, 1959; Katz et Solomon, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963; Rosenthal et Frank, 1958; Rubinstein et Lorr, 1956; Sullivan, Miller et Smelser, 1958) démontrent que les individus ayant un degré de scolarité moins élevé sont plus susceptibles de quitter la thérapie prématurément. Encore une fois, il n'y a pas de consensus à ce sujet puisque d'autres auteurs (Garfield et Affleck, 1959; Pope, Geller et Wilkinson, 1975; Weissman, Geanakapoulos et Prusoff, 1973) n'observent aucune relation entre ces deux variables.

En résumé, l'étude des variables socio-économiques ne permet pas d'arriver à un véritable consensus quant à leur influence sur l'abandon prématuré. Les conclusions des études sont très partagées et ne peuvent identifier un facteur majeur déterminant l'abandon de la thérapie. Seul le

niveau socio-économique pourrait être retenu comme variable fortement associée à l'abandon. Pour Meltzoff et Kornreich (1970), ce qui demeure le plus important à considérer en thérapie, est l'implication psychologique découlant du niveau socio-économique de l'individu: implication qui se traduit à travers les comportements, les rôles appris, les attitudes et les attentes de celui-ci.

Garfield (1978) interprète cette divergence dans les résultats par le fait que les échantillons des populations étudiées peuvent présenter des différences entre eux, ne serait-ce que par la sélection des candidats qui est effectuée de façon différente pour chacune des études. En effet, lorsque les critères de sélection des patients sont plus rigoureux, le taux d'abandon a tendance à être plus bas et les patients ayant un degré de scolarité moins élevé deviennent sous-représentés. Il semble également que la signification du niveau d'éducation, pour ne donner que cet exemple, n'est pas la même pour tous les auteurs et qu'elle peut comprendre un ensemble de facteurs, comme la facilité à s'exprimer, l'intérêt pour la thérapie, les revenus du patient, etc.

#### B. Caractéristiques psychologiques

Pour identifier les variables psychologiques reliées à l'abandon prématuré, plusieurs auteurs (Fiester et Rudestam, 1975; Garfield et Affleck, 1959; Koran et Costell, 1973; McNair, Lorr et Callahan, 1963; Mozdierz et al., 1973; Rubinstein et Lorr, 1956; Sethna et Harrington, 1971; Sue et al., 1974; Sullivan, Miller et Smelser, 1958; Wilkinson et al., 1971) ont simplement comparé les individus qui ont effectivement quitté la thérapie avec ceux qui ne l'ont pas fait. Sethna et Harrington (1971) disent avoir utilisé cette méthode,

plutôt que de questionner directement les patients sur leurs raisons de quitter; d'abord parce qu'il était difficile de les rejoindre après leur départ, et ensuite parce que les raisons données pour expliquer leur geste ne leur semblaient pas toujours être les véritables.

1. Attitude. Pour bon nombre d'auteurs (Baekeland et Lundwall, 1975; Kotkov, 1958; Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963; Meltzoff et Kornreich, 1970; Miller, Pokorny et Hansen, 1968; Mozdierz et al., 1973; Roback et Smith, 1987; Rubinstein et Lorr, 1956; Wilkinson et al., 1971; Yalom, 1985), les individus qui abandonnent la thérapie de façon prématurée sont plus impulsifs et plus hostiles que ceux qui persistent. De plus, Lorr, Katz et Rubinstein (1958), McNair, Lorr et Callahan (1963), Rubinstein et Lorr (1956) et Taulbee (1958) notent qu'ils sont aussi plus autoritaires et rigides dans leur attitude avec les autres.

2. Motivation. Le manque de motivation semble aussi être un facteur déterminant de l'abandon de la thérapie, puisqu'il se retrouve dans de nombreuses études. Ainsi, les individus qui n'ont pas de motivation à entreprendre ou à poursuivre une thérapie, sont beaucoup plus susceptibles d'abandonner de façon prématurée (Aronson et Weintraub, 1969; Baekeland et Lundwall, 1975; Kotkov, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963; Miller, Pokorny et Hansen, 1968; Roback et Smith, 1987; Rosenthal et Frank, 1958; Rosenzweig et Folman, 1974; Yalom, 1985).

Aronson et Weintraub (1969) soulignent l'importance de la motivation, autant pour la persistance en thérapie que pour l'amélioration de

l'état du patient. Ils ajoutent que les individus vivant peu de détresse ont non seulement plus de chances de quitter la thérapie de façon prématurée, mais sont aussi moins susceptibles d'améliorer leur état. Cependant, comme le soulignent Roback et Smith (1987), si un patient se joint à un groupe thérapeutique alors qu'il est en crise, il risque davantage de quitter après une brève période de thérapie, c'est-à-dire dès que la crise se résorbera.

3. Anxiété. En ce qui concerne l'anxiété, les données sont beaucoup plus partagées. Certains auteurs (Katz, Lorr et Rubinstein, 1958; Rubinstein et Lorr, 1956; Yalom, 1985) rapportent que les individus qui abandonnent prématurément sont plus anxieux que ceux qui persistent. D'autres (Meltzoff et Kornreich, 1970; Taulbee, 1958) affirment que les individus les plus anxieux tendent à poursuivre la thérapie. D'autres enfin (Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963) précisent que ce sont plutôt les individus admettant ou exprimant le moins leur anxiété qui quittent prématurément la thérapie.

4. Compétence interpersonnelle. Les individus abandonnant prématurément la thérapie, présentent moins de compétence dans leurs relations interpersonnelles que ceux qui persistent (Nash et al., 1957; Rosenzweig et Folman, 1974). Ils sont plus isolés et entretiennent peu de liens avec leur entourage (Miller, Pokorny et Hansen, 1968; Wilkinson et al., 1971). Ils éprouvent aussi des difficultés à se révéler, à s'investir de façon affective ainsi qu'à vivre une intimité avec une autre personne (Baekeland et Lundwall,

1975; Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963; Roback et Smith, 1987; Yalom, 1966; Yalom, 1985).

5. Dépendance. Baekeland et Lundwall (1975) affirment que les drop-out dépendent de ceux qui les entourent, alors que Mozdierz et al. (1973) suggèrent qu'ils nient leur besoin de dépendance. D'autres (Meltzoff et Kornreich, 1970; Taulbee, 1958) au contraire, rapportent qu'ils présentent moins de dépendance que les individus qui poursuivent la thérapie.

6. Méfiance et agressivité. Les individus qui abandonnent la thérapie de façon prématurée, vivent plus de méfiance face aux autres (Baekeland et Lundwall, 1975; Mozdierz et al., 1973, Roback et Smith, 1987), manifestent une plus grande agressivité (Baekeland et Lundwall, 1975; Rubinstein et Lorr, 1956) et sont moins capables de supporter le stress, donc moins en mesure de faire face à leurs problèmes (Baekeland et Lundwall, 1975; Miller, Pokorny et Hansen, 1968; Yalom, 1985).

7. Déni. L'utilisation du déni semble aussi caractériser les individus qui abandonnent la thérapie de façon prématurée. En effet, plusieurs études (Aronson et Weintraub, 1969; Koran et Costell, 1973; Mozdierz et al., 1973; Nash et al., 1957; Roback et Smith, 1987; Rosenzweig et Folman, 1974; Sethna et Harrington, 1971) rapportent que les patients quittant la thérapie avant terme, nient davantage la réalité et leurs propres sentiments que ceux qui poursuivent. Et d'autres (Kotkov, 1958; Roback et Smith, 1987; Rosenzweig et Folman, 1974; Yalom, 1985) indiquent que comparés à ceux qui persistent, ces individus somatisent davantage lorsqu'ils vivent des conflits.

8. Satisfaction de soi. Certaines recherches (Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963) suggèrent que les drop-out admettent moins leur insatisfaction d'eux-mêmes et de leurs comportements que ceux qui persistent. D'autres (Meltzoff et Kornreich, 1970; Rubinstein et Lorr, 1956; Taulbee, 1958) prétendent plutôt qu'ils sont plus satisfaits d'eux-mêmes que ceux qui persistent.

9. Attentes. Quelques auteurs (Grotjahn, 1972; Koran et Costell, 1973; Roback et Smith, 1987; Weiner, 1983) relèvent également que les patients ayant des attentes irréalistes par rapport à la thérapie et à ses effets, abandonnent plus facilement la thérapie de façon prématurée.

10. Criminalité. Carney (1972) suggère que de débiter une psychothérapie spécifiquement avec des patients qui sont reconnus comme criminels est très difficile, voire même inutile dans certains cas. En effet, ces individus n'ayant que très peu d'habileté à établir des relations interpersonnelles significatives, seraient tout aussi inhabiles à créer une relation de transfert avec le thérapeute. En fait, la méfiance, le ressentiment ainsi que le manque de motivation de la part du patient ne voyant pas l'utilité d'une thérapie, compliquent les premières phases de la thérapie.

Pour McNair, Lorr et Callahan (1963), les individus qui abandonnent diffèrent de ceux qui persistent, et réagissent généralement de façon différente à ce qui leur est offert comme traitement thérapeutique. Il est alors possible

d'identifier les drop-out potentiels parmi les patients et ce, avant même le début du traitement.

Toutefois, Sethna et Harrington (1971) considèrent qu'il n'est pas équitable d'identifier les individus qui sont susceptibles d'abandonner la thérapie, dans le but de les exclure dès le départ. D'après eux, cela constitue davantage une façon d'éviter le problème que de le solutionner. Comme une bonne part du processus thérapeutique est de le rendre acceptable et tolérable pour le client, l'abandon est en fait un échec du traitement. Selon ces mêmes auteurs, il convient plutôt de trouver des moyens de prévenir l'abandon prématuré auprès de ces patients, lesquels sont abordés un peu plus loin (voir appendice C).

#### Variables reliées au groupe de thérapie

Pour Meltzoff et Kornreich (1970), de prédire quels individus abandonneront ne présente aucune signification si toutes les variables du contexte thérapeutique ne sont pas prises en considération. Il convient de préciser les objectifs du patient, ses gains, sa motivation, etc. Un patient peut poursuivre sa thérapie à regret, dans le seul but d'avoir l'opportunité d'obtenir ce qu'il veut (recevoir des médicaments, éviter l'emprisonnement) et ne pas être nécessairement quelqu'un qui persiste. Également, un patient peut quitter après un bref traitement lui ayant apporté un bienfait indéniable, sans être vraiment un drop-out. De ce point de vue, toute prédiction doit prendre en considération non seulement le patient qui abandonne, mais aussi le contexte de l'aide qu'il refuse. Bien que les facteurs reliés au groupe soient moins

déterminants que ceux reliés à l'individu lui-même, il n'en demeure pas moins qu'ils exercent une influence certaine sur l'abandon prématuré (Roback et Smith, 1987).

#### A. Interaction entre l'individu et le groupe

L'abandon prématuré en thérapie de groupe peut s'expliquer par le fait qu'il représente une menace pour certains patients, qui peuvent devenir des boucs émissaires pour l'ensemble du groupe, ou demeurer en retrait à cause de leur peur de s'impliquer (Lothstein, 1978; Sethna et Harrington, 1971). Les thérapeutes interrogés dans ces études mentionnent qu'en général, ils n'apprécient pas les individus qui finissent par abandonner, car ils les perçoivent comme étant hostiles à leur égard. Cette perception se retrouve également chez les autres membres du groupe, qui considèrent que ces individus ne cadrent pas vraiment dans **leur** groupe.

Par ailleurs, il semble que l'introduction d'un nouveau patient au sein du groupe puisse provoquer l'hostilité des autres membres, et être suffisante pour causer le départ de celui-ci (Sethna et Harrington, 1971). Dans ces cas, l'attitude négative des membres du groupe pourrait n'être que le reflet de celle du thérapeute vis-à-vis le patient.

Grotjahn (1972) considère que l'abandon prématuré se relie davantage à une question individuelle (qu'elle soit de l'ordre du patient ou du thérapeute) qu' à une question de dynamique de groupe. Il peut arriver qu'un groupe refuse d'accepter un individu, mais même dans ce cas, c'est au thérapeute que revient la responsabilité d'intervenir et de remédier à la



situation. Selon lui, lorsqu'un patient fait partie intégrante du groupe et qu'il participe au processus, il n'est pas enclin à quitter la thérapie.

#### B. Compatibilité entre l'individu et le groupe

Yalom (1985) rapporte qu'une des variables susceptible de provoquer l'abandon semble être la différence de l'individu par rapport au groupe. Ses résultats démontrent que 33% des drop-outs diffèrent de façon significative du reste du groupe sur des points critiques quant à leur participation au groupe et à leur compétence sociale. Les répercussions qui en résultent contribuent fortement à l'abandon prématuré. Toutefois il faut se demander si c'est la pression des autres membres du groupe qui fait que l'individu abandonne, ou si c'est lui-même qui, ressentant un tel inconfort au sein du groupe, décide de quitter.

Voilà pourquoi il importe de considérer l'interaction de l'individu et du groupe et la compatibilité de l'un par rapport à l'autre. Roback et Smith (1987) déplorent que jusqu'à maintenant, peu d'études aient été faites dans ce sens. En effet, tous les groupes ne conviennent pas à tous. Ainsi, des individus se sentiront bien dans certains groupes alors qu'ils éprouveront un inconfort dans d'autres. Cette compatibilité est importante non seulement pour réduire le taux d'abandon, mais aussi pour maximiser le potentiel thérapeutique de chaque participant.

#### C. Approche thérapeutique utilisée

Roback et Smith (1987) affirment que le type d'approche thérapeutique utilisé influence peu l'incidence du phénomène drop-out en

thérapie de groupe. Sethna et Harrington (1971), suggèrent que la thérapie de groupe de type analytique semble être la plus éprouvante pour le client, puisqu'elle demande que chacun exprime ses pensées, ses sentiments ainsi que ses expériences passées qui seront par la suite explorées et interprétées. Ce genre de thérapie présente donc le plus haut taux d'abandon.

D'autres études (Budman, Demby et Randall, 1980; Piper et al., 1984) notent un taux moins élevé d'abandon dans les groupes thérapeutiques à court terme, peut-être à cause de leur structure plus précise et de leur meilleure organisation dans le temps, ces facteurs étant effectivement reliés à la persistance en thérapie. Le manque de cohésion au sein du groupe peut aussi inciter les individus nouvellement arrivés à quitter prématurément s'ils ne se sentent pas supportés.

#### D. Perception de l'individu face au groupe

En fait, pour que tous les membres d'un groupe aient le désir de poursuivre la thérapie, il faut qu'ils en retirent certaines gratifications (Yalom, 1985), ce qui favorise la cohésion du groupe. Ces gratifications relèvent de la satisfaction des besoins personnels dans le groupe, de l'atteinte des buts thérapeutiques, de la satisfaction reliée à la participation dans le groupe et à l'appartenance à ce groupe. Chacun de ces niveaux de satisfaction, s'il vient à manquer ou à devenir plutôt négatif, peut l'emporter sur la valeur positive des autres niveaux et résulter en un abandon prématuré.

Friedman (1976) et Yalom (1985) soulignent que la thérapie de groupe convient plus particulièrement aux patients qui perçoivent leur problème ou

une partie de leur problème, comme étant de nature interpersonnelle. Ainsi, ils sont plus ouverts à la modification de leur comportement, à l'influence du groupe et à l'aide qu'ils peuvent apporter aux autres membres.

Klein (1983a) ajoute qu'il arrive fréquemment que certains patients conçoivent la thérapie de groupe comme une intervention à rabais comparée à la démarche individuelle. En effet, certains patients associent une référence en thérapie de groupe à une mesure de second ordre et à une certaine discrimination, parce qu'ils ressentent que leurs problèmes ne sont pas assez importants pour bénéficier d'une thérapie individuelle. De tels sentiments, s'ils ne sont pas exprimés, finissent par se traduire en actes; en d'autres mots, le patient ne se présente plus aux rencontres ou se dit moins intéressé à la thérapie de groupe.

Dans cette perspective, il importe de clarifier les buts de la thérapie de groupe, son fonctionnement et à qui elle peut être utile, pour que davantage d'individus puissent vraiment en bénéficier. Il convient également de démystifier la thérapie de groupe comme mode de traitement et de démontrer qu'elle peut s'adapter aux buts et aux objectifs qu'elle se fixe ainsi qu'à la profondeur du travail psychologique nécessaire.

#### Variables reliées au thérapeute

Bien que peu de recherches aient fait mention des variables reliées au thérapeute comme cause possible de l'abandon prématuré (Garfield, Affleck et Muffly, 1963; Lothstein, 1978; Meltzoff et Komreich, 1970; Nash et al., 1957; Roback et Smith, 1987; Sethna et Harrington, 1971), il ne semble pas y avoir de

consensus au niveau de leurs résultats. Certains auteurs (Nash et al., 1957; Roback et Smith, 1987; Winder et al., 1957) mettent l'accent sur l'attitude du thérapeute vis-à-vis le patient, d'autres (Garfield, Affleck et Muffly, 1963; Meltzoff et Kornreich, 1970) sur leurs attentes mutuelles et leur perception de la thérapie, alors que certains autres (Grotjahn, 1972; Lothstein, 1978; Sethna et Harrington, 1971) parlent du transfert et du contre-transfert qui caractérisent la relation thérapeutique.

#### A. Attitude du thérapeute

Ainsi, l'étude de Nash et al. (1957) révèle que les patients qui abandonnent la thérapie sentent une distance et un manque de support de la part du thérapeute. Dans leur analyse de la réponse des thérapeutes à la dépendance des patients, Winder et al. (1962) observent que l'évitement du thérapeute face à cette dépendance est significativement relié à l'abandon prématuré. Il semble donc que l'attitude du thérapeute face à la dépendance de son patient, est une variable déterminante dans cette étude.

Dans l'étude de Garfield, Affleck et Muffly (1963), les thérapeutes ont été évalués par des juges indépendants et ceux ayant obtenu une cote supérieure, donc ceux manifestant le plus de compréhension et de sensibilité, perçoivent davantage les difficultés de leur patient d'un point de vue psychologique et s'attendent à ce que le travail soit plus difficile avec leurs patients. Il apparaît que les thérapeutes ayant obtenu les 3 meilleures cotes ont eu 2 fois plus de patients qui ont persisté et 2 fois moins qui ont abandonné, comparativement aux thérapeutes ayant obtenu les 3 plus mauvaises cotes.

Roback et Smith (1987) quant à eux, croient que le thérapeute peut contribuer à l'abandon prématuré d'un patient en n'étant pas suffisamment conscient des facteurs qui peuvent le provoquer. Cette conscience est acquise non seulement par la qualité de l'apprentissage reçu et par le niveau d'expérience, mais aussi par l'aptitude personnelle du thérapeute à détecter et à prévoir les impasses pouvant survenir dans le groupe.

Sethna et Harrington (1971) rapportent que les individus qui abandonnent de façon prématurée vivent plus d'anxiété quant à leur participation au groupe et l'accueil réservé à ces derniers lors de leur admission semble jouer dans le fait qu'ils abandonnent plus vite que les autres. Dans ces cas, le thérapeute ne consacrerait pas assez de temps aux nouveaux patients, et ce manque d'attention est reconnu comme largement responsable de l'abandon.

#### B. Relation entre le patient et le thérapeute

Un autre variable importante reliée à l'abandon prématuré se trouve au niveau du lien patient-thérapeute (Goldstein, 1973; Meltzoff et Kornreich, 1971). Selon ces auteurs, plus les patients perçoivent négativement leur fonctionnement avant la thérapie, plus leurs attentes face au rôle du thérapeute se rapprochent de celles entretenues par rapport à un professeur. Cette perception implique qu'ils s'attendent à recevoir des conseils directs et concrets de la part de leur thérapeute. Ils ont aussi tendance à être beaucoup plus critiques et négatifs vis-à-vis leur thérapeute, ce qui fait en sorte que leur

comportement au cours de la thérapie indique clairement leur insatisfaction par rapport à celui-ci.

Pour Lorr, Katz et Rubinstein (1958), la relation entre le thérapeute et le patient, ainsi que la compétence du thérapeute semblent également être tous les deux en relation avec le temps pendant lequel le patient demeure en thérapie, mais ils ne précisent pas de quelle façon s'établissent ces liens.

Par ailleurs, les résultats de Fiester et Rudestam (1975) démontrent que les patients qui abandonnent, contrairement à ceux qui persistent, perçoivent leur thérapeute comme plus aidant, impliqué, affectueux et faisant preuve de plus de sérieux tout au cours des sessions de thérapie:

Une analyse des différentes variables significatives ( $p \leq .05$ ) révèle qu'après une première session à la clinique, les individus drop-out contrairement aux individus persistants: (a) évaluent leur thérapeute comme plus aidant; (b) mentionnent qu'ils parlent moins de leur attitude ou de leurs sentiments envers leur thérapeute au cours de la thérapie; (c) ressentent davantage de colère; (d) mentionnent qu'ils sont plus attentifs à ce que leur thérapeute tente de leur faire comprendre; et (e) perçoivent leur thérapeute comme plus engagé, plus affectueux et plus sérieux au cours de la thérapie (p.532).

Les propos de ces patients indiquent donc également, qu'ils parlent moins de leur attitude ou de leurs sentiments envers leur thérapeute (durant la thérapie) et qu'ils sont plus attentifs aux propos ou aux recommandations de ce dernier.

Selon Meltzoff et Kornreich (1970), il ne semble pas y avoir de lien significatif entre les caractéristiques du thérapeute et l'abandon prématuré en

thérapie. Ce serait plutôt le désaccord entre le patient et le thérapeute quant aux objectifs thérapeutiques, qui serait relié à l'abandon (Garfield, Affleck et Muffly, 1963; Meltzoff et Kornreich, 1970). La considération mutuelle qu'ils éprouvent un à l'égard de l'autre est reliée quant à elle, à la persistance en thérapie (Garfield, Affleck et Muffly, 1963).

Pour d'autres auteurs (Halpern, 1973; Luborsky et al., 1971; Sanua, 1966; Sue, 1973; Vontress, 1971), l'abandon prématuré peut s'expliquer par la difficulté à établir une relation de travail basée sur la confiance entre thérapeute et patient de race, de classe sociale ou de style de vie différents. Il semble, entre autres, que les clients préfèrent travailler avec un thérapeute de même race qu'eux (Grantham, 1973).

Pour expliquer l'abandon prématuré, quelques auteurs (Grotjahn, 1972; Lothstein, 1978; Sethna et Harrington, 1971; Weiner, 1983) font état du transfert et du contre-transfert qui existent dans la relation entre patient et thérapeute, et de leurs attentes qui diffèrent quant à cette relation thérapeutique.

### C. Compatibilité entre le thérapeute et le groupe

Roback et Smith (1987) mentionnent qu'un thérapeute ne peut pas être efficace avec tous les types de groupe. Une mauvaise combinaison thérapeute-groupe peut nuire à la cohésion du groupe et contribuer à ce qu'il y ait davantage d'abandons. Néanmoins, plus le thérapeute est expérimenté, moins cela risque de survenir, puisque celui-ci sait dans quel contexte

thérapeutique il se sent le plus à l'aise, en plus de disposer d'un bagage d'expériences lui permettant de mieux gérer ces situations.

### Résumé

Il apparaît donc que les variables socio-économiques reliées à l'individu ne permettent pas d'établir de lien avec l'abandon prématuré en thérapie, sauf en ce qui concerne le niveau socio-économique. Cependant, la majorité des études recensées démontrent qu'il existe un lien entre l'abandon prématuré et certaines variables psychologiques, même si deux études (Lothstein, 1978; Sullivan, Miller et Smelzer, 1958) ne trouvent aucun lien à ce niveau. Ainsi, les individus plus hostiles, impulsifs, autoritaires et rigides dans leur attitude avec les autres sont plus enclins à quitter la thérapie de façon prématurée. C'est aussi le cas pour les individus qui ont peu de motivation face à la thérapie ou encore qui ont des attentes irréalistes par rapport à celle-ci. Les individus drop-out sont reconnus également pour être moins compétents socialement, moins en mesure de faire face à leurs problèmes et sont plus méfiants et agressifs. Ils ont aussi tendance à nier la réalité et leurs propres sentiments.

Cette analyse des caractéristiques permettant de distinguer les drop-out des individus qui poursuivent la thérapie permet de conclure, comme Yalom (1985), que ce sont les individus les plus touchés sur les plans psychologique et même social, qui abandonnent le plus souvent la thérapie. Leur manque d'habiletés et d'aptitudes pour la thérapie de groupe les rend plus susceptibles d'abandonner, alors qu'ils ont tellement besoin de cette aide. Voilà



pourquoi il serait plus équitable d'adapter le type de thérapie offerte à ces individus, plutôt que de les exclure systématiquement d'un tel traitement.

Il est d'ailleurs important de considérer l'influence du contexte thérapeutique sur l'abandon prématuré des individus. Dans un groupe de thérapie, plusieurs facteurs sont susceptibles de provoquer le départ d'un ou de plusieurs individus, comme la venue d'un nouveau membre, de trop grandes différences entre l'individu et le groupe, le type d'approche utilisée, etc. Il est donc nécessaire de tenir compte de ces facteurs au cours du processus thérapeutique, pour arriver à réduire l'incidence de l'abandon prématuré.

Toutefois, les données concernant les variables reliées au thérapeute ne permettent pas d'établir de liens significatifs avec l'abandon prématuré. Un nombre restreint d'études en font mention et les résultats diffèrent beaucoup d'une étude à l'autre. Certains indiquent que l'attitude du thérapeute pourrait influencer l'abandon des patients, d'autres notent que ce serait plutôt la relation entre le thérapeute et le patient qui aurait une influence, tandis que d'autres enfin abordent le problème de la compatibilité du thérapeute par rapport au groupe.

Par ailleurs, le phénomène de l'abandon prématuré en thérapie implique que les patients ne viennent qu'à quelques entrevues seulement, ce qui soulève un autre problème important, soit les progrès réalisés en thérapie en fonction de la durée de celle-ci. Il s'agit du deuxième point abordé dans cette étude.

### Progrès réalisés au cours du traitement

Le problème de l'abandon en thérapie nécessite l'exploration de plusieurs aspects entourant le processus thérapeutique. Les variables reliées à l'individu (en majeure partie psychologiques) et les variables relevant du contexte thérapeutique semblent jouer un rôle déterminant en ce qui concerne l'abandon prématuré en thérapie. Par conséquent, il est pertinent de s'interroger également sur les individus qui persistent en thérapie, puisque Rubinstein et Lorr (1956) rapportent que même si ces individus persistent au traitement, ils n'améliorent pas nécessairement leur état. Il convient alors d'examiner les changements de l'état ou du comportement survenant chez le patient en fonction de la durée de la thérapie.

### Progrès et contexte thérapeutique

Garfield et Affleck (1959) constatent que le terme "progrès" en thérapie est non seulement influencé par un changement objectif chez le patient, mais est aussi fonction du degré de familiarité du thérapeute avec celui-ci. Un contact prolongé avec le patient amène à mieux connaître les aspects de sa personnalité et de son comportement et contribue ainsi à augmenter le sentiment d'un changement de la part du thérapeute.

Garfield (1978) rapporte qu'il est généralement admis que le patient doit demeurer en thérapie un certain temps (souvent non spécifié), pour que des changements surviennent chez celui-ci. C'est pourquoi, lorsqu'un patient décide de quitter la thérapie avant le temps considéré nécessaire par son

thérapeute, ce départ est perçu comme une limite aux progrès souhaités. Ainsi, dans une étude de Rosenthal et Frank (1958), deux patients sur trois qui abandonnent prématurément la thérapie sont évalués comme n'ayant fait aucun progrès, comparativement à une proportion de un sur trois pour les patients qui ont cessé sur l'avis de leur thérapeute. L'abandon prématuré est donc un échec de la thérapie, même si peu d'études ont réellement évalué les progrès réalisés par de tels patients. Pourtant, selon Katz, Lorr et Rubinstein (1958), il n'est pas toujours vrai que les patients demeurant en thérapie suffisamment longtemps réalisent des progrès et "réussissent" leur traitement.

Il est par ailleurs très difficile d'établir un consensus sur les moyens d'évaluer les progrès réalisés en thérapie (Garfield, 1978). Plusieurs méthodes sont utilisées actuellement pour mesurer les progrès, tels le jugement du thérapeute, l'évaluation du patient, l'usage de multiples questionnaires, etc. Ceci pose donc certains problèmes lorsque des comparaisons sont effectuées entre diverses études pour déterminer les variables reliées aux progrès en thérapie.

Il est également difficile de faire des comparaisons, au niveau des variables reliées au progrès en thérapie, entre des études où diffèrent le type de thérapie offerte, la compétence du thérapeute et le type de patients traités. Voilà pourquoi tous ces problèmes limitent la valeur des résultats obtenus dans une recherche en particulier et empêchent de généraliser à partir des données découlant de plusieurs études disponibles. Ces études peuvent néanmoins fournir certaines informations intéressantes concernant les progrès

accomplis en thérapie, informations qu'il faut cependant considérer avec réserve.

### Durée de la thérapie

Certaines analyses ont été faites concernant les progrès réalisés par le patient en thérapie en relation avec la durée de celle-ci, et quelques auteurs (Bailey, Warshaw et Eichler, 1959; Garfield et Affleck, 1959; Lorr, McNair, Michaux et Raskin, 1962) trouvent une relation entre ces deux variables, alors que d'autres (Nichols et Beck, 1960) n'en trouvent aucune. Plus spécifiquement, Garfield et Affleck (1959), dont les analyses concernent la relation entre la durée de la thérapie et les progrès perçus chez le patient par le thérapeute, rapportent qu'à moins de 9 entrevues, 50% des patients sont considérés comme ayant fait des progrès, alors qu'à plus de 12 entrevues, ce nombre augmente à 91%.

Lorr (1962) suggère que la durée globale du traitement thérapeutique est un meilleur indicateur des progrès réalisés que le nombre absolu de sessions de thérapie. Luborsky et al. (1971) quant à eux, obtiennent une relation positive entre le nombre de sessions de thérapie et les progrès réalisés, mais concluent que ce problème est beaucoup plus complexe. En effet, la façon dont la thérapie se structure pour le client et comment elle parvient à combler ses attentes leur apparaît plus importante que la durée comme telle. Ainsi, deux recherches comparatives, une utilisant un type de thérapie brève et l'autre un type de thérapie sans limite de temps, ne trouvent essentiellement aucune différence

entre les progrès accomplis et le type de thérapie utilisé (Gurman et Kriskern, 1978; Luborsky, Singer et Luborsky, 1975).

Comme le mentionnent aussi Hould et Thibodeau (1981), l'atteinte des objectifs du patient au cours de la thérapie est une mesure importante des progrès accomplis:

L'évaluation continue des changements produits à travers ses interventions devrait plutôt consister en une procédure permettant au thérapeute de préciser les objectifs que souhaite atteindre son client au terme de la démarche thérapeutique et de vérifier ensuite jusqu'à quel point l'objectif initial a été atteint ou a pu être modifié en cours de route (p.72).

De préciser des objectifs thérapeutiques permet non seulement d'évaluer par la suite dans quelle mesure ils ont été atteints, mais permet aussi de mieux orienter le processus thérapeutique.

#### Variables individuelles reliées au progrès

D'autres analyses ont été faites pour vérifier la relation entre certaines variables concernant l'individu, tels l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le degré de scolarité et le degré d'anxiété, et les progrès réalisés au cours de la thérapie.

##### A. Age et sexe

Luborsky et al. (1971), dans leur revue de la question, font mention que l'analyse de certaines variables, telles le sexe ou l'âge du patient, ne démontrent pas de véritable relation avec les progrès accomplis en thérapie.

Les résultats diffèrent selon les études consultées et ne permettent pas d'arriver à un consensus.

#### B. Niveau socio-économique

Pour certains auteurs (Katz, Lorr et Rubinstein, 1958; Lorion, 1973), les facteurs permettant de prédire la persistance d'un patient en thérapie, ne peuvent apporter d'informations au sujet des progrès qu'il pourra accomplir. En effet, les patients provenant d'un milieu socio-économique faible sont plus susceptibles de quitter la thérapie, mais s'ils persistent, ils ne font pas moins de progrès que ceux provenant d'un milieu socio-économique moyen (Albronda, Dean et Starkweather, 1964; Brill et Storrow, 1960; Cole, Branch et Allison, 1962; Katz, Lorr et Rubinstein, 1958; Rosenthal et Frank, 1958). Par contre, d'autres auteurs (McNair et al., 1964; Rosenbaum, Friedlander et Kaplan, 1956) trouvent un lien négatif entre le statut socio-économique et les progrès réalisés.

#### C. Degré de scolarité

Quelques études ont également examiné le niveau d'éducation en relation avec les progrès accomplis en thérapie. Quatre d'entre elles (Bloom, 1956; Hamburg et al., 1967, McNair et al., 1964; Sullivan, Miller et Smelzer, 1958) rapportent que plus le niveau d'éducation du patient est élevé, plus les progrès accomplis sont importants, alors que deux autres (Knapp et al., 1960; Rosenbaum et al., 1956) ne trouvent aucun lien significatif entre ces deux variables.

#### D. Anxiété

La présence d'anxiété chez le patient au début de la thérapie laisse supposer selon Kernberg et al. (1972) et Luborsky et al. (1971), qu'il fera des progrès en cours de route. En fait, les patients dont la situation actuelle contribue à augmenter leur niveau d'anxiété, feront le plus de progrès durant la thérapie (Smith, Sjöholm et Niélzen, 1975).

#### Evaluation des progrès réalisés

Rosenthal et Frank (1958) rapportent que dans les aspects les plus frappants de leur revue du fonctionnement d'une clinique psychiatrique, il y a les nombreux patients qui refusent la thérapie après en avoir fait la demande et l'absence relative de progrès accomplis par ceux qui l'ont acceptée. Une explication du peu de progrès accompli par ces patients, réside dans le fait que les thérapeutes ou les autres juges sont trop sévères dans leur évaluation. En fait, les explications de Rosenthal et Frank (1958), permettent de supposer que ces thérapeutes évaluent surtout les changements en cours de traitement par la capacité du patient à verbaliser ses progrès par des prises de conscience (insights).

Ainsi, d'après Rosenthal et Frank (1958), la conception de la psychothérapie de la plupart des thérapeutes, demeure une relation à long terme qui n'est complétée avec succès que lorsque le patient prend conscience et exprime la relation entre son problème actuel (ce pourquoi il est venu

consulter) et les difficultés passées et présentes dans ses relations interpersonnelles.

En outre, cette même conception de la thérapie fait en sorte que l'évaluation (effectuée par le thérapeute) des progrès accomplis a tendance à être en corrélation positive avec le temps de traitement. L'hypothèse implique que le changement véritable et permanent ne survient qu'à la suite d'une prise de conscience qui se fait tout au cours d'une thérapie à long terme, et que tout autre amélioration de la condition du patient n'est que symptomatique, superficielle et temporaire. Toutefois, l'évaluation des deux-tiers des patients de cette étude, révèle qu'ils ont accompli des progrès alors qu'ils n'ont eu que cinq heures de thérapie ou moins. Ceci suggère, soit que certains thérapeutes considèrent que les patients sont en mesure de faire des prises de conscience rapidement, ou soit qu'ils ont utilisé d'autres critères de progrès que la prise de conscience.

Pour Rosenthal et Frank (1958), les changements accomplis par le patient sont principalement le résultat de l'influence du thérapeute sur le patient. Les techniques facilitant la prise de conscience représentent une façon d'exercer une influence bénéfique, mais ne constituent sûrement pas la seule. Parfois, il suffit que le patient sache que quelqu'un veut lui apporter de l'aide pour que son état s'améliore.

Le problème est que peu de choses sont connues quant aux types de thérapies les plus efficaces pour tel patient, dans telles conditions. Il importe



donc d'en savoir davantage sur les facteurs reliés à l'état pathologique du patient, ainsi que sur le rôle joué par celui-ci dans l'échec de son traitement. Il serait également pertinent de mieux connaître les aspects relevant du thérapeute et du contexte thérapeutique, susceptibles d'affecter le patient.

### Aspects favorisant la réalisation de progrès

Selon Yalom (1985), il est possible d'identifier les facteurs thérapeutiques positifs, c'est-à-dire ceux qui font en sorte que les clients demeurent en thérapie et en tirent profit. Identifier de tels facteurs permet de savoir ce qui peut éviter le problème de l'abandon, mais aussi ce qui fait que les changements apportés par le groupe thérapeutique sont positifs.

Selon Sullivan, Miller et Smelzer (1958), la comparaison des patients ayant accompli des progrès au cours de la thérapie et de ceux n'en ayant pas réalisé, établit que les patients avec le plus haut niveau d'accomplissement professionnel et sans diagnostic pathologique obtiennent plus de succès dans leur traitement. Katz, Lorr et Rubinstein (1958) rapportent également que les patients recevant les diagnostics les moins sévères de la part des thérapeutes, sont plus susceptibles d'accomplir des progrès, peu importe l'expérience de ces derniers.

Lieberman, Yalom et Miles (1972) suggèrent que les individus les plus en mesure de profiter de la thérapie de groupe sont ceux qui valorisent et désirent un changement sur le plan personnel, ceux qui se voient comme ayant un manque dans leur compréhension d'eux-mêmes et des autres et ceux qui

ont des attentes positives par rapport au groupe. En fait, plus un patient croit que la thérapie lui sera bénéfique, plus elle le sera. Ceci a également des implications au niveau du processus de sélection et de la préparation à la thérapie, puisque l'individu qui a une attitude positive quant aux effets de la thérapie, est beaucoup plus susceptible de persister. Il est alors important pour le thérapeute de favoriser cette attitude positive chez les patients et d'être attentif à ceux qui ne l'ont pas développée.

Friedman (1963), Lennard et Bernstein (1960) et Yalom (1985) rapportent eux aussi, que le fait d'avoir des attentes positives avant le début de la thérapie quant à l'aide à recevoir, est significativement relié à une issue positive de la thérapie. En ce sens, les autres membres du groupe sont importants pour entretenir cet espoir. Pour le patient, voir s'améliorer le comportement de certains membres du groupe, alors qu'ils éprouvaient des problèmes similaires aux siens, lui démontre qu'il peut parvenir à faire des progrès lui aussi. Le thérapeute doit donc exploiter ce facteur dans le groupe, en mettant en évidence les changements du comportement de ses membres.

Finalement, un point important demeure, soit le fait que la thérapie telle qu'elle se pratique généralement aujourd'hui, exige un haut niveau d'abstraction de la part du patient, ce que tous ne sont pas en mesure de fournir. C'est ce qui expliquerait en partie, le peu de progrès réalisé par certains patients et la brève durée de leur thérapie. Sullivan, Miller et Smelzer (1958) suggèrent donc de favoriser un contexte thérapeutique s'adaptant davantage aux besoins

du patient et à sa capacité d'introspection et d'abstraction, pour ainsi réduire l'abandon prématuré et augmenter la réalisation de progrès en thérapie.

### Hypothèses

De toutes ces considérations théoriques concernant l'abandon en thérapie, il apparaît que certaines caractéristiques psychologiques des individus sont en relation avec l'abandon prématuré. Plus spécifiquement, le manque de compétence interpersonnelle et le degré de motivation chez un patient semblent être reliés à l'abandon de la thérapie. Par ailleurs, comme l'a rapporté Carney (1972), les individus criminels éprouvent de sérieuses difficultés à poursuivre une thérapie puisqu'ils ont très peu d'habiletés à établir des relations interpersonnelles significatives.

La présente recherche concerne les détenus du Centre de réhabilitation de Waterloo participant au programme de communauté thérapeutique La Relance, qui est un type de thérapie de groupe. Un tel programme vise, entre autres, à augmenter le niveau de compétence interpersonnelle des détenus et cet objectif est atteint d'après les résultats obtenus par Clavet (1990).

Toutefois, s'il a été démontré que ce programme de communauté thérapeutique a des effets positifs sur les détenus qui y participent, le problème réside plutôt dans le fait qu'un fort pourcentage de détenus abandonnent le programme de façon prématurée. En effet, les statistiques de La Relance pour les années 1988 et 1989 démontrent que 143 résidents sur 286 admissions, c'est-

à-dire 50% des détenus, ont fait moins d'un mois au programme. Pour l'année 1990, le pourcentage est encore plus élevé, soit 105 résidents sur 162 admissions, donc 64,8% des détenus qui ont fait moins d'un mois au programme. Le principal motif de ces départs, comme le rapportent les statistiques de La Relance pour l'année 1990, est le manque de motivation des individus qui compte pour 41,6% des cas (40 résidents sur 96), soit une augmentation de 85% par rapport à l'année précédente.

Il semble donc qu'un certain niveau de compétence interpersonnelle soit nécessaire au départ pour que l'individu s'adapte à ce type de thérapie de groupe et persiste au traitement. De la même manière, un certain degré de motivation de la part de cet individu est essentiel à la poursuite du traitement.

D'autre part, comme il est mentionné dans les recherches consultées, il serait intéressant de voir dans quelle mesure la réalisation de progrès en thérapie est en relation avec la durée de celle-ci, pour ce groupe de détenus. En ce sens, la durée du traitement thérapeutique est un bon indicateur des progrès réalisés puisque selon plusieurs recherches, plus l'individu passe de temps en thérapie, plus il est en mesure d'accomplir des progrès.

La présente étude se propose donc de vérifier deux premières hypothèses selon lesquelles il existerait des différences psychologiques entre les individus qui abandonnent prématurément le programme de communauté thérapeutique La Relance, du Centre de réhabilitation de Waterloo et les individus qui complètent ce même programme. Ces hypothèses s'inscrivent à

l'intérieur d'un cadre particulier, où les individus qui poursuivent un programme de thérapie sont en fait des détenus. Il s'agit de voir si les variables psychologiques peuvent expliquer en partie, le taux d'abandon très élevé du programme La Relance. De façon plus spécifique, ces différences se retrouveraient au niveau de la compétence interpersonnelle et du degré de motivation de l'individu:

1. Les individus qui abandonnent prématurément le programme de communauté thérapeutique La Relance, ont au départ, un faible niveau de compétence interpersonnelle.

2. Les individus qui abandonnent prématurément le programme de communauté thérapeutique La Relance, ont au départ, un faible degré de motivation.

Une troisième hypothèse vient vérifier les progrès accomplis en thérapie, pour les individus qui ont complété le programme de communauté thérapeutique La Relance, en relation avec la durée de celle-ci:

3. Pour les individus qui poursuivent le programme de communauté thérapeutique La Relance, plus la durée de la thérapie est longue, plus il y aura réalisation de progrès.

## Deuxième chapitre

### Description de l'expérience

Le deuxième chapitre comporte quatre divisions. Il débute par la présentation du lieu d'expérimentation ainsi que de l'approche thérapeutique qui y est utilisée. Il poursuit ensuite avec la description des sujets et de la procédure, pour terminer avec l'instrument de mesure utilisé.

### Lieu d'expérimentation

La thérapie de la réalité s'est développée au cours des dernières années, dans le domaine de la réhabilitation des individus incarcérés (Glasser, 1985). Au Québec, le programme La Relance du Centre de réhabilitation de Waterloo, utilise ce type d'intervention. Un tel programme compte en moyenne une centaine de détenus appelés à vivre une expérience de groupe thérapeutique. Ce groupe fournit un encadrement qui incite le participant à se reprendre en charge.

### Thérapie de la réalité

La thérapie de la réalité, développée en 1965 par William Glasser, s'appuie sur le principe que toute personne humaine est capable d'auto-détermination et est par le fait même, en mesure d'améliorer certains aspects de sa personnalité. Elle ne s'attarde pas sur les causes du comportement, mais plutôt sur la prise de responsabilité des comportements actuels. C'est pourquoi Glasser et Zunin (1979) concluent que celui qui agit de manière irresponsable, le fait bien plus par choix que suite à ce qu'il a subi dans son passé.

La thérapie de la réalité met l'accent sur le changement du comportement inadéquat. Ce changement peut s'effectuer grâce à la relation significative développée entre l'individu et le thérapeute. Fréchette (1970) relève que la principale lacune du criminel se situe au niveau de sa compétence interpersonnelle. C'est pour cette raison que le principal but poursuivi par ce type de thérapie consiste à réintégrer le criminel au sein de la société, en le sensibilisant aux conséquences de ses gestes et en favorisant l'adoption d'un comportement plus responsable. Etant donné que l'individu éprouve des difficultés dans ses relations avec les autres, un autre objectif important de la thérapie de la réalité consiste à lui fournir les outils nécessaires pour améliorer ses relations interpersonnelles (Glasser, 1965; Glasser et Zunin, 1979).

### Communauté thérapeutique

Dans le contexte de la délinquance et de la criminalité, plusieurs auteurs (Bassin, 1976; Glasser, 1976; Hurvitz, 1976) affirment que la thérapie de la réalité est plus efficace lorsqu'elle est appliquée en groupe. En ce sens, la communauté thérapeutique offre un cadre privilégié pour ce type d'approche.

Barrière et Cormier (1976) décrivent la communauté thérapeutique comme étant un lieu de vie où s'effectue la resocialisation de l'individu parmi un groupe d'individus aux prises avec les mêmes difficultés que lui. L'individu apprend qu'il est responsable de ses comportements et des conséquences que ceux-ci ont sur lui-même et sur les autres. Tucker (1983) parle de la communauté thérapeutique comme d'une forme de traitement où



tous les participants s'impliquent et sont eux-mêmes sources de changement. Tous les individus du groupe fournissent le cadre nécessaire à la prise en charge de chacun et de cette façon, collaborent non seulement à leur propre thérapie, mais aussi à celle des autres.

### Programme La Relance

Ces données concernant la thérapie de la réalité et les communautés thérapeutiques, permettent une meilleure compréhension du programme La Relance. Il convient maintenant d'en donner une brève description.

La Relance a débuté en février 1985, au Centre de réhabilitation de Waterloo au Québec. Il peut accueillir 180 résidents et rapporte 162 inscriptions pour l'année 1990. La clientèle de ce centre est exclusivement constituée de contrevenants adultes masculins. Les détenus qui arrivent au Centre de réhabilitation de Waterloo reçoivent tous de l'information sur le programme La Relance et sont invités à s'y inscrire sans aucun frais. Ils s'inscrivent sur une base strictement volontaire, aucun privilège n'étant associé à l'acceptation de ce traitement. La durée minimale du programme est de quatre mois, bien qu'il s'échelonne normalement sur une période de six mois.

Le programme comporte un horaire strict qui s'étend sur toute la semaine, avec diverses activités, comme l'entretien ménager des lieux, les rencontres en groupe, les repas et les temps libres. Ces activités se déroulent dans un espace réservé et aménagé pour les besoins du programme, à l'écart du reste des détenus incarcérés.

La Relance est une organisation possédant une structure hiérarchique, à l'intérieur de laquelle les individus ont des statuts particuliers se rattachant à des responsabilités bien précises. Plus un bénéficiaire améliore son comportement, plus il est susceptible de monter dans cette hiérarchie et ainsi accéder à de plus grandes responsabilités.

Le programme est soumis à trois lois cardinales, qui se retrouvent dans l'ensemble des communautés thérapeutiques et en ajoute lui-même une quatrième. Les détenus reçoivent ainsi l'interdiction de consommer de l'alcool ou de la drogue, d'utiliser la violence physique et d'avoir des relations sexuelles avec d'autres résidents. La quatrième loi cardinale impose la confidentialité aux résidents quant au contenu personnel des rencontres de La Relance, puisqu'ils entrent en contact avec les autres détenus du Centre qui ne participent pas au programme, lors des repas et des temps libres. Pour une revue plus détaillée de ce programme, de la thérapie de la réalité et des communautés thérapeutiques, voir le mémoire de Clavet (1990).

### Sujets

L'échantillon se compose uniquement de détenus de sexe masculin ayant été admis au Centre de réhabilitation de Waterloo au Québec. Ils ont tous participé au programme de communauté thérapeutique La Relance, sur une base volontaire. La nature des délits qu'ils ont commis se résume à: crime contre la personne, crime contre la propriété, possession d'arme illégale, fraude, trafic de la drogue, offenses criminelles diverses.

Ces sujets proviennent d'une partie de l'échantillon de Clavet (1990), dont quelques-uns n'avaient pas été retenus pour son expérimentation, puisqu'ils avaient quitté avant la fin du programme. A partir de ces sujets, deux groupes ont été constitués pour la vérification des deux premières hypothèses.

### Hypothèse 1

La première hypothèse concerne l'existence d'une différence significative au niveau de la compétence interpersonnelle entre le groupe expérimental, incluant les détenus qui ont abandonné le programme de façon prématurée et le groupe contrôle, comportant les détenus qui ont persisté au programme. Le groupe expérimental se compose de 35 détenus, alors que le groupe contrôle en compte 29. Seuls les individus âgés de moins de 40 ans sont retenus, afin de garder une homogénéité quant à l'âge dans les deux groupes.

Pour les sujets composant le groupe expérimental, le temps qu'ils passent en thérapie doit se situer entre 1 et 12 semaines et ils doivent quitter le programme de façon volontaire (demande de transfert, transfert dû à leur comportement, évasion et liberté illégale). Pour les sujets composant le groupe contrôle, le temps passé en thérapie doit être de 16 semaines ou plus et le motif du départ doit être involontaire (libération conditionnelle, transition et peine expirée).

L'âge des sujets du groupe expérimental varie entre 20 et 37 ans, avec une moyenne de 26,89 ans et un écart-type de 4,86 tandis que l'âge des sujets du

groupe contrôle varie entre 20 et 38 ans, avec une moyenne de 27,34 ans et un écart-type de 4,86 (voir tableau 1).

### Hypothèse 2

La deuxième hypothèse concerne l'existence d'une différence significative entre le niveau de motivation du groupe des drop-out et celui du groupe des persistants. Le groupe expérimental et le groupe contrôle de la première hypothèse sont repris pour la vérification de cette deuxième hypothèse.

### Hypothèse 3

La troisième hypothèse a pour but de déterminer s'il existe une relation significative entre la durée de la thérapie et les progrès accomplis. Les sujets retenus pour cette dernière hypothèse sont ceux qui ont persisté au programme et qui ont pu répondre au questionnaire une deuxième fois.

Le groupe se compose donc de 26 détenus qui doivent être demeurés en thérapie 16 semaines ou plus, peu importe le motif du départ et qui doivent avoir répondu au Terci avant et après le programme (voir le tableau 2 pour un aperçu plus détaillé des motifs de départ). L'âge des sujets varie entre 20 et 39 ans, avec une moyenne de 27,73 ans et un écart-type de 5,27 (voir tableau 1).

Tableau 1  
Les moyennes d'âge et de durée de participation  
à la thérapie pour les trois groupes de sujets

Groupe	N	Moyenne d'âge	Durée moyenne
expérimental	35	26.89 ans	7.23 semaines
contrôle	29	27.34 ans	27.10 semaines
pré et post-test	26	27.73 ans	27.23 semaines

### Procédure

L'administration du Terci se fait au Centre de réhabilitation de Waterloo. Pour les sujets du groupe expérimental se rapportant aux deux premières hypothèses, le test n'est administré qu'une seule fois, soit au moment de leur admission à La Relance, puisque ces individus ont quitté avant la fin du programme. Pour les deux autres groupes de sujets, soit le groupe contrôle se rapportant aux deux premières hypothèses et le groupe de sujets associés à la troisième hypothèse, le test est administré une première fois lors de leur admission au programme et une seconde fois lorsqu'ils quittent la thérapie après un minimum de 16 semaines. Lors de l'administration du test, les sujets complètent le questionnaire en petits groupes. Durant tout le temps

Tableau 2  
Répartition des motifs de départ du programme  
pour tous les sujets

Motifs	N	%
transfert à Bordeaux	2	2.74
transfert à Bordeaux à sa demande	4	5.48
transfert sur décision des gens du programme	3	4.11
transfert à Bordeaux dû au comportement	15	20.55
transfert pour bris de loi cardinale	2	2.74
transfert à sa demande	6	8.22
transfert dû au comportement	1	1.37
évasion ou tentative d'évasion	2	2.74
liberté illégale	5	6.85
tentative de suicide	1	1.37
récidive	2	2.74
libération conditionnelle	16	21.91
peine expirée	6	8.22
transition	8	10.96

de la passation du test, la personne-ressource demeure disponible pour répondre aux éventuelles questions des sujets concernant le questionnaire<sup>1</sup>. Il faut en moyenne 45 minutes pour répondre au Terci.

### Instrument de mesure

#### Description du Terci

L'instrument de mesure utilisé est le Test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels (Terci), qui permet de dresser l'inventaire des comportements interpersonnels qui décrivent le sujet lui-même, son partenaire, son père, sa mère et dans un contexte clinique, la personne qu'il voudrait devenir suite à sa démarche de changement. Ce test comporte une liste de 88 énoncés et la question que le sujet se pose pour chaque item est la suivante: «Est-ce que ce comportement ou cette attitude peut être utilisé pour décrire sa manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens?».

Les résultats obtenus par un sujet au Terci ne donnent pas une description objective du comportement de la personne qu'il décrit, comme le ferait une grille d'observation. Hould (1979) rapporte cependant que le Terci permet d'obtenir une image de la perception du monde interpersonnel du sujet et constitue un indice valable des stratégies qu'il privilégie dans ses relations avec les autres.

---

<sup>1</sup> Nous tenons à remercier Monsieur Daniel Bédard, psychologue et conseiller clinique à La Relance, ainsi que le Ministère de la justice du Québec pour leur précieuse collaboration.

Les items du Terci sont classifiés en huit catégories comprenant 11 items chacune. Ces catégories peuvent se diviser sous forme d'un cercle composé de huit octants, chacun correspondant à un mode d'adaptation interpersonnelle. Ces modes d'adaptation comportent un aspect modéré et un aspect excessif (voir figure 1).

Pour compiler les réponses du Terci, il faut faire correspondre à la rareté de l'utilisation de chaque item, un degré d'intensité de cet item qui constitue sa pondération standard (1 à 5). C'est ce qui permet d'établir des scores pour chacun des octants et pour chacun des personnages. Cette pondération est utilisée pour les sujets qui ne peuvent fournir les quatre descriptions de base du Terci, ce qui prévaut dans la présente étude puisque certains sujets n'ont pas de conjoint ou n'ont pas connu leur père ou leur mère.

Dans l'analyse des données, les comportements interpersonnels associés aux personnages sont transformés en une perception des tendances et des rôles associés à chacun. Les protocoles du Terci de cette recherche comprennent donc 16 échelles de 11 items qui décrivent la perception de soi actuelle et la perception de ce que le sujet souhaiterait devenir. Des scores sont obtenus pour chacune des huit échelles correspondant à chacune des deux descriptions, qui sont standardisés autour d'une moyenne de 15 avec un écart-type de 5 (voir le tableau 8 en annexe B pour un exemple des scores obtenus par un sujet). Ces scores sont ensuite ramenés à quatre dimensions principales du répertoire des comportements interpersonnels, soit la domination,



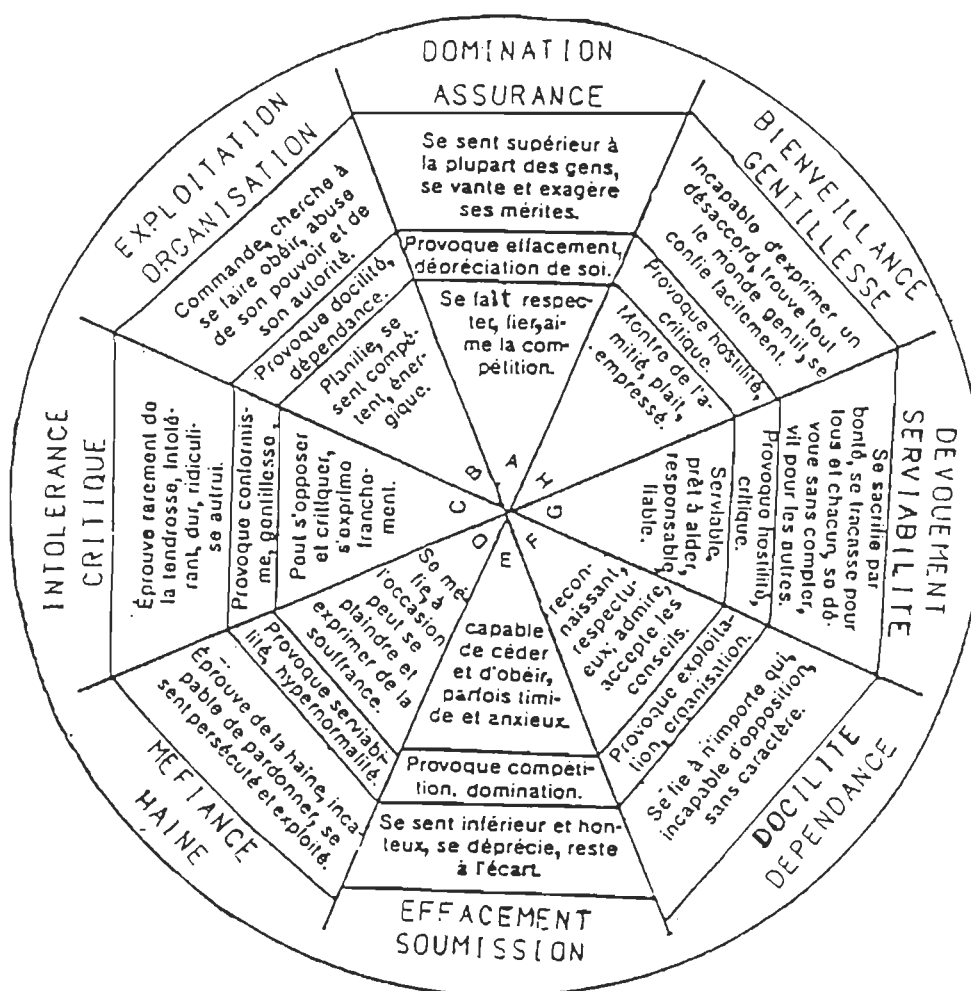


Figure 1 - Cercle illustrant une classification des comportements interpersonnels en huit catégories. Chacun des octants du cercle présente un échantillonnage des comportements appartenant à chacune des catégories. La partie centrale du cercle indique l'aspect adaptatif de chaque catégorie de comportements. La bande centrale indique le type de comportement que cette attitude tend à susciter chez les autres. La partie extérieure du cercle illustre l'aspect extrême ou rigide d'un type de comportement. L'anneau périphérique du cercle est divisé en huit parties, chacune identifiant l'une des huit catégories utilisées pour le diagnostic interpersonnel. Chacun des octants est identifié par deux termes, l'un reflétant l'aspect modéré, l'autre l'aspect extrême du comportement.

(Tirée de Hould et Gauthier, 1985)

l'intolérance, la soumission et le dévouement. Les résultats obtenus sont standardisés autour d'une moyenne de 35 avec un écart-type de 10.

### Variables obtenues au Terci

Le Terci est un instrument qui fournit une mesure de variables concernant la compétence interpersonnelle (voir Clavet, 1990). Cette section présente les différentes variables utilisées pour la vérification des trois hypothèses.

#### A. Hypothèse 1

La première hypothèse fait référence au niveau de compétence interpersonnelle se traduisant par la possession d'un répertoire de comportements qui permettent d'établir des relations satisfaisantes avec les autres. La variable "estime" permet d'évaluer un tel répertoire, puisqu'elle établit le bilan des comportements favorables et des comportements nuisibles à un bon fonctionnement interpersonnel. La variable "rigidité" quant à elle, permet d'évaluer la flexibilité dans l'utilisation de ce répertoire de comportements interpersonnels.

1. Atouts, handicaps et estime. Le Terci comporte des variables qui permettent cette évaluation de l'estime accordé aux personnages décrits par le sujet. D'abord la variable "atouts" qui représente la quantité d'items favorables à un bon fonctionnement interpersonnel, accordés à un personnage. Ensuite la variable "handicaps" qui représente le nombre d'items jugés nuisibles sur le plan interpersonnel. Pour terminer, la variable "estime" établit

le bilan des variables "atouts" et "handicaps" pour un personnage, ce score traduisant en quelque sorte, sa compétence interpersonnelle. Ces scores correspondant aux variables "atouts", "handicaps" et "estime" sont exprimés en cote C, dans un intervalle de 1 à 11, avec une moyenne de 6 et un écart-type de 2.

2. La rigidité. Par rapport à ces axes qui traversent le cercle (voir figure 2 en annexe B), trois autres anneaux sont formés, correspondant à 15 unités du diamètre du cercle, valeur qui équivaut à l'écart-type. Lorsqu'un score se retrouve dans le premier anneau, il indique que la personne privilégie le mode d'adaptation de l'octant, sans pour autant être réticent au mode d'adaptation de l'octant opposé. Le second anneau indique quant à lui, une préférence marquée pour un mode d'adaptation et une tendance à exclure un mode d'adaptation alternatif. Enfin, l'anneau périphérique correspond aux formes rigides et exclusives d'un mode d'adaptation. Ceci permet de mesurer la rigidité de chacun des personnages décrits.

3. La dominance et l'affiliation. Chacune des quatre dimensions du Terci comprend un pôle positif et un pôle négatif, dont il est possible de calculer la tendance. Par exemple, sur l'axe vertical de dominance, le score de soumission est soustrait du score de domination; si la différence est négative, elle indique une attitude de soumission alors que si elle est positive, elle indique plutôt que la personne est confiante en elle-même. Enfin, si la différence se rapproche de zéro, cela signifie que la personne décrite possède un répertoire de comportements lui permettant d'être parfois sûre de soi, parfois

plus effacée, selon les circonstances. Il est possible de faire le même calcul sur l'axe horizontal d'affiliation, qui est obtenu par la soustraction du score d'intolérance de celui de dévouement. Ces scores de dominance et d'affiliation sont standardisés autour d'une moyenne de 0 avec un écart-type de 15.

#### B. Hypothèse 2

La deuxième hypothèse fait référence au degré de motivation face à la thérapie et concerne les variables "estime", "atouts", "handicaps", "rigidité", "affiliation", "dominance" et "confusion". La motivation est estimée à partir de l'écart entre l'idéal de soi, c'est-à-dire ce que veut devenir l'individu suite à sa démarche thérapeutique, et la perception de soi actuelle. Comme le mentionnent Lorr, Katz et Rubinstein (1958) et McNair, Lorr et Callahan (1963), lorsque cet écart est grand, il traduit un niveau élevé d'insatisfaction personnelle, ce qui incite l'individu à vouloir changer. L'écart entre l'idéal de soi et le soi actuel donne donc un indice des objectifs visés quant à l'issue de la thérapie, au moment de l'entrée au programme et permet d'évaluer le niveau de motivation à changer de l'individu.

#### C. Hypothèse 3

La troisième hypothèse concerne la réalisation de progrès en fonction de la durée de la thérapie, et concerne les variables "estime", "atouts", "handicaps", "rigidité", "affiliation", "dominance" et "confusion". Les progrès accomplis sont mesurés par l'écart entre une première et une seconde mesure des variables. Cette seconde mesure est effectuée lorsque la thérapie est terminée, ce qui suppose une durée variable pour chacun des individus.

L'écart entre les résultats obtenus au deuxième test et ceux obtenus au premier test sur l'ensemble des variables retenues, permet d'évaluer les progrès accomplis au cours du programme de thérapie, en fonction de la durée de celui-ci.

### Qualités psychométriques du Terci

Les qualités psychométriques du Terci ont été démontrées par différentes analyses portant sur la sélection des items, la stabilité temporelle et la validité de construit pour un échantillon de 241 couples (Hould, 1979). En premier lieu, l'analyse d'items confirme la pertinence de la sélection des 88 items en plus d'une bonne répartition de ces items à l'intérieur des échelles du Terci.

Ensuite, pour vérifier si le Terci mesure bien ce qu'il prétend mesurer, trois études ont été faites afin d'évaluer sa validité de construit et révèlent des indices de 0,76, de 0,85 et de 0,78, ce qui indique un bon degré de validité. Finalement, les indices de stabilité temporelle, principalement pour les axes de dominance et d'affiliation, sont de 0,85 et de 0,91, ce qui démontre l'excellente fidélité du test.

Troisième chapitre

Analyse des résultats

Ce chapitre expose les résultats obtenus relativement à chacune des hypothèses avancées et les quelques résultats d'une analyse complémentaire. Par la suite, une discussion de ces résultats est présentée pour terminer le chapitre.

### Résultats

Etant donné que cette recherche est de type exploratoire et que le nombre de sujets est restreint ( $N \leq 35$ ), le niveau de 0.05 (one tail) sera retenu comme seuil significatif dans l'analyse des résultats. Toutefois, les résultats significatifs au seuil de probabilité de 0.10 (one tail) seront également signalés pour leur intérêt. Dans ce cas, les résultats devront être interprétés comme une tendance par rapport à l'hypothèse formulée, plutôt qu'une confirmation de celle-ci.

#### Les variable estime, handicaps et atouts

L'analyse des résultats ne supporte qu'en partie la première hypothèse prédisant le faible niveau de compétence interpersonnelle des individus qui abandonnent la thérapie de façon prématurée. En effet, sur la variable "estime", le test t ne révèle pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes au prétest, c'est-à-dire avant le début de la thérapie. Il n'y a donc pas d'écart significatif entre le score moyen du groupe des drop-out ( $M = 3,22$ ) et celui du groupe des persistants ( $M = 3,68$ ),  $t(62) = -1,09$ ,  $p > .10$ . Sur la variable "atouts", les deux groupes se montrent également équivalents. Le groupe expérimental affiche un score moyen ( $M = 4,40$ ) qui ne diffère pas de façon significative de celui du groupe contrôle ( $M = 4,75$ ),  $t(62) = -0,58$ ,  $p > .10$ .

Toutefois, en ce qui concerne la variable "handicaps", il existe une différence intéressante entre les deux groupes. Les individus drop-out du groupe expérimental obtiennent un score moyen de handicaps interpersonnels ( $M = 9,17$ ) plus élevé que celui des individus persistants du groupe contrôle ( $M = 8,48$ ),  $t(62) = 1,60$ ,  $p < .10$ . Cette différence n'atteint cependant pas le seuil de .05.

#### La variable rigidité

Les résultats concernant la variable "rigidité" ne permettent pas de confirmer une différence au niveau de la flexibilité du répertoire de comportements interpersonnels entre les deux groupes. Le score moyen du groupe des drop-out ( $M = 19,77$ ) ne diffère pas de façon significative du score moyen du groupe des persistants ( $M = 17,85$ ),  $t(62) = 0,76$ ,  $p > .10$ .

#### Les variables affiliation, dominance et confusion

Par ailleurs, des analyses ont été faites sur trois autres variables pour vérifier s'il n'y aurait pas de différence significative entre les deux groupes à ce niveau. Sur la variable "affiliation", le test t démontre qu'il existe effectivement une différence significative entre les deux groupes. Le groupe d'individus ayant abandonné prématurément la thérapie obtient un score plus faible ( $M = -6,55$ ) que le groupe d'individus ayant persisté ( $M = -1,79$ ),  $t(62) = -1,79$ ,  $p < .05$ .

Sur la variable "dominance", le test t ne révèle pas de différence entre les deux groupes. Le score moyen du groupe expérimental ( $M = -10,23$ ) ne



diffère pas de façon significative du score moyen du groupe contrôle ( $M = -10,75$ ),  $t(62) = 0,13$ ,  $p > .10$ .

Sur la variable "confusion", un écart intéressant est retrouvé entre les deux groupes. Le score moyen du groupe des drop-out ( $M = 8,62$ ) est significativement plus élevé que le score moyen du groupe des persistants ( $M = 8,00$ ),  $t(62) = 1,29$ ,  $p \leq .10$ . Cette différence n'atteint pas le seuil de .05 (voir tableau 3 pour tous les résultats).

#### L'idéal de soi

Les mêmes comparaisons de moyennes ont été faites pour toutes ces variables, mais en ce qui concerne cette fois l'idéal de soi de l'individu, c'est-à-dire ce qu'il aimerait devenir suite à sa démarche thérapeutique. Le tableau 4 démontre que les résultats sont significatifs pour trois des variables considérées, soit les variables "estime", "atouts" et "handicaps".

Il y a une différence intéressante sur la variable "estime" entre les deux groupes quant à l'idéal de soi. Le groupe des drop-out affiche un score moyen moins élevé ( $M = 7,05$ ) que celui du groupe des persistants ( $M = 7,89$ ),  $t(62) = -1,43$ ,  $p < .10$ . Cette différence n'atteint pas le seuil de .05.

Une différence significative est retrouvée entre les deux groupes pour la variable "atouts", puisque le score moyen du groupe des drop-out ( $M = 7,68$ ) est significativement moins élevé que celui du groupe des persistants ( $M = 8,86$ ),  $t(62) = -1,72$ ,  $p < .05$ . Il y a également un écart intéressant pour la variable "handicaps", entre le score moyen du groupe expérimental qui est plus

Tableau 3

Résultats des tests-t entre les drop-out (N=35) et les persistants (N= 29)  
sur différentes variables du Terce pour la perception de soi

Variables	Groupe	Moy.	écart- type	t
estime	drop-out	3.22	1.76	-1.09
	persistant	3.68	2.08	
atouts	drop-out	4.40	2.31	-0.58
	persistant	4.75	2.58	
handicaps	drop-out	9.17	1.59	1.60*
	persistant	8.48	1.82	
rigidité	drop-out	19.77	8.33	0.76
	persistant	17.85	11.74	
affiliation	drop-out	-6.55	11.11	-1.79**
	persistant	-1.79	9.91	
dominance	drop-out	-10.23	14.01	0.13
	persistant	-10.75	15.71	
confusion	drop-out	8.62	1.71	1.29*
	persistant	8.00	2.15	

\*p &lt; 0.10

\*\*p &lt; 0.05

Tableau 4

Résultats des tests-t entre les drop-out (N= 35) et les persistants (N= 29)  
sur différentes variables du Terçi pour l'idéal de soi

Variables	Groupe	Moy.	Écart- type	t
estime	drop-out	7.05	2.47	-1.43*
	persistant	7.89	2.14	
atouts	drop-out	7.68	2.74	-1.72**
	persistant	8.86	2.69	
handicaps	drop-out	5.08	2.58	1.17*
	persistant	4.34	2.42	
rigidité	drop-out	13.80	6.69	0.79
	persistant	12.62	6.56	
affiliation	drop-out	2.44	6.39	-0.56
	persistant	3.41	7.38	
dominance	drop-out	9.21	10.37	0.40
	persistant	8.25	8.43	
confusion	drop-out	6.40	2.03	0.62
	persistant	6.10	1.67	

\* p &lt; 0.10

\*\*p &lt; 0.05

élevé ( $M = 5,08$ ) que le score moyen du groupe contrôle ( $M = 7,89$ ),  $t(62) = 1,17$ ,  $p < .10$ . Cette différence n'atteint pas le seuil de .05.

### La motivation

L'analyse des résultats concernant la deuxième hypothèse de recherche, ne confirme pas le faible degré de motivation du groupe de détenus qui ont abandonné prématurément la thérapie par rapport au groupe de détenus qui ont persisté. Le tableau 5 permet de constater que l'écart entre l'idéal de soi et la perception de soi sur les différentes variables concernées, ne diffère pas selon que les sujets sont drop-out ou persistants.

Sur la variable "estime", l'écart moyen du groupe expérimental ( $M = 3,45$ ) ne diffère pas de façon significative de l'écart moyen du groupe contrôle ( $M = 4,20$ ),  $t(62) = -1,03$ ,  $p > .10$ . Sur la variable "atouts", l'écart moyen du groupe expérimental ( $M = 3,28$ ) ne présente aucune différence significative par rapport à l'écart moyen du groupe contrôle ( $M = 3,55$ ),  $t(62) = -0,30$ ,  $p > .10$ . De même, sur la variable "handicaps", l'écart moyen du groupe expérimental ( $M = -4,08$ ) ne diffère pas de façon significative de l'écart moyen du groupe contrôle ( $M = -4,13$ ),  $t(62) = 0,07$ ,  $p > .10$ .

Pour toutes les autres variables concernées, aucune différence significative n'est retrouvée au niveau de l'écart entre le soi idéal et le soi actuel, entre le groupe des drop-out et le groupe des persistants.

Tableau 5

Résultats des tests-t entre les drop-out (N= 35) et les persistants (N= 29)  
sur l'écart entre l'idéal de soi et la perception de soi  
pour différentes variables du Terci

Variables	Groupe	Écart moyen	Écart- type	t
estime	drop-out	3.45	2.96	-1.03
	persistant	4.20	2.79	
atouts	drop-out	3.28	3.33	-0.30
	persistant	3.55	3.74	
handicaps	drop-out	-4.08	2.55	0.07
	persistant	-4.13	2.89	
rigidité	drop-out	-5.97	11.19	-0.23
	persistant	-5.22	14.23	
affiliation	drop-out	8.99	12.26	0.94
	persistant	6.23	10.83	
dominance	drop-out	17.97	17.61	-0.24
	persistant	19.01	16.52	
confusion	drop-out	-2.22	2.30	-0.53
	persistant	-1.89	2.63	

### Les progrès réalisés

L'analyse des résultats concernant la troisième hypothèse de recherche, permettent de supposer une relation entre les progrès réalisés pour plusieurs variables du Terci et la durée de la thérapie. En fait, au niveau des progrès accomplis, seules les variables "handicaps" et "confusion" ne présentent pas de relation significative avec la durée du programme de thérapie (voir le tableau 6 pour les résultats).

Une corrélation négative est observée entre les progrès réalisés et la durée de la thérapie pour la variable "estime",  $r(62) = -0,25$ ,  $p < .10$ . Une corrélation également négative est retrouvée pour la variable "atouts" entre les progrès réalisés et la durée de la thérapie,  $r(62) = -0,43$ ,  $p < .01$ .

En ce qui concerne la variable "rigidité", une corrélation positive est observée entre les progrès et la durée de la thérapie,  $r(62) = 0,24$ ,  $p < .10$ . Enfin, une corrélation négative est observée entre les progrès et la durée de la thérapie, pour la variable "affiliation",  $r(62) = -0,23$ ,  $p < .10$  et pour la variable "dominance",  $r(62) = -0,44$ ,  $p < .01$ .

Le tableau 7 présente la moyenne des progrès réalisés lorsque le groupe des persistants est divisé en deux sous-groupes, selon le temps qu'ils ont passé en thérapie (entre 16 et 28 semaines et entre 30 et 44 semaines). Ceci permet de constater que les détenus qui passent moins de temps en thérapie obtiennent une moyenne de progrès significativement plus élevée que ceux qui

Tableau 6  
Corrélations observées entre la durée de la thérapie et  
les progrès réalisés pour les individus persistants

Variables	Écart moyen (Post-test – Pré-test)	Écart- type	Corrélation avec la durée de la thérapie
estime	2.88	2.30	-0.25*
atouts	2.80	2.98	-0.43**
handicaps	-2.53	2.24	0.20
rigidité	-5.26	11.99	0.24*
affiliation	2.25	8.88	-0.23*
dominance	13.80	14.77	-0.44**
confusion	-1.69	2.25	-0.04

\*  $p < 0.10$

\*\* $p < 0.01$

Tableau 7

Moyennes des progrès réalisés pour les individus persistants en fonction de la durée de la thérapie

Variables	Durée de la thérapie	Écart moyen	écart-type	t
estime	16-28 semaines	3.07	2.89	0.43
	30-44 semaines	2.66	1.43	
atouts	16-28 semaines	3.78	3.09	1.72**
	30-44 semaines	1.66	3.14	
handicaps	16-28 semaines	-2.42	2.97	-0.01
	30-44 semaines	-2.41	1.62	
rigidité	16-28 semaines	-9.59	14.07	-2.12**
	30-44 semaines	-0.21	6.41	
affiliation	16-28 semaines	3.22	8.95	1.43*
	30-44 semaines	-1.81	8.93	
dominance	16-28 semaines	17.64	18.63	1.55*
	30-44 semaines	8.68	7.56	
confusion	16-28 semaines	-1.35	2.53	0.92
	30-44 semaines	-2.16	1.80	

\* p &lt; 0.10

\*\* p &lt; 0.05



y demeurent plus longtemps, pour les variables "atouts", "rigidité", "affiliation" et "dominance".

En effet, les sujets qui demeurent en thérapie entre 16 et 28 semaines ont une moyenne de progrès plus élevée sur la variable "atouts" ( $M = 3,78$ ) que ceux qui demeurent en thérapie entre 30 et 44 semaines ( $M = 1,66$ ),  $t(24) = 1,72$ ,  $p < .05$ . De la même manière, les sujets qui demeurent en thérapie moins longtemps ont une moyenne de progrès plus élevée sur la variable "rigidité" ( $M = -9,59$ ) que ceux qui y demeurent plus longtemps ( $M = -0,21$ ),  $t(24) = -2,12$ ,  $p < .05$ .

Sur la variable "affiliation", les sujets demeurant en thérapie entre 16 et 28 semaines ont une moyenne de progrès plus élevée ( $M = 3,22$ ) que les sujets demeurant en thérapie entre 30 et 44 semaines ( $M = -1,81$ ),  $t(24) = 1,43$ ,  $p < .10$ . Toutefois, cette différence n'atteint pas le seuil de .05. Enfin, sur la variable "dominance", les sujets qui demeurent en thérapie entre 16 et 28 semaines ont une moyenne de progrès plus élevée ( $M = 17,64$ ) que les sujets qui demeurent en thérapie entre 30 et 44 semaines ( $M = 8,68$ ),  $t(24) = 1,55$ ,  $p < .10$ . Cette différence n'atteint pas non plus le seuil de .05.

### Discussion des résultats

Les résultats présentés quant à la première hypothèse de recherche, indiquent qu'avant de débiter le programme La Relance, les individus drop-out présentent un niveau de compétence interpersonnelle moins élevé que les

individus persistants. Une tendance est en effet observée pour les drop-out à obtenir un score de handicaps plus élevé ( $p < .10$ ).

Les individus drop-out manifestent également un plus faible niveau d'affiliation que ceux qui demeurent jusqu'à la fin de la thérapie. Au plan cognitif, ceux qui quittent prématurément la thérapie présentent un état de confusion de l'image de soi supérieure à celui de ceux qui persistent. Cet indice présente de nombreuses corrélations avec des indices de psychopathologie personnelle (Normand, 1991).

La tendance retrouvée au niveau du score des handicaps signalant le faible niveau de compétence interpersonnelle des drop-out vont dans le même sens que ceux retrouvés par plusieurs auteurs (Baekeland et Lundwall, 1975; Lorr, Katz et Rubinstein, 1958; McNair, Lorr et Callahan, 1963; Miller, Pokorny et Hansen, 1968; Nash et al., 1957, Rosenzweig et Folman, 1974; Wilkinson et al., 1971). Ceci pourrait être l'indication d'une difficulté pour ces individus, dès le début de la thérapie, d'établir des relations satisfaisantes avec les autres membres du groupe, qui les empêche de bénéficier des effets positifs du programme. Par le fait même, ils sont sans doute plus enclins à quitter la thérapie de façon prématurée.

Les tendances observées concernant l'idéal de soi des individus drop-out, c'est-à-dire ce qu'ils voudraient devenir suite à leur démarche thérapeutique, permettent de supposer que les changements souhaités ne vont pas nécessairement dans un sens positif. En effet, les drop-out désirent changer leurs comportements interpersonnels, mais pour adopter davantage de

comportements jugés nuisibles dans l'établissement de relations satisfaisantes. Les changements souhaités seraient donc à l'opposé de ce que favorise le programme La Relance, soit l'amélioration de la compétence interpersonnelle, et pourrait faire en sorte que ces individus drop-out préfèrent abandonner.

Les résultats reliés à la deuxième hypothèse de travail ne permettent pas de confirmer le faible degré de motivation des drop-out lorsqu'ils débutent le programme. Il est donc impossible de parler ici de relation entre le faible niveau de motivation de l'individu et le fait de quitter le programme. Ces résultats peuvent signifier que le programme La Relance, avec sa procédure de sélection des candidats, arrive à éliminer dès le départ ceux qui ne sont pas assez motivés pour entreprendre une telle thérapie de groupe. Ils peuvent aussi suggérer que la façon de définir la motivation dans cette recherche, établissant que plus l'écart entre l'idéal de soi et le soi actuel est grand, plus la motivation serait grande, ne permet pas d'en faire une juste évaluation chez les participants.

Néanmoins, les drop-out tout comme les persistants, souhaitent des changements positifs pour certaines des variables observées. Les résultats des individus drop-out concernant la perception de soi pour la variable "affiliation", permettent de constater que leur score moyen est négatif (-6,55) et tend donc davantage vers l'intolérance, alors que leur idéal de soi, toujours pour la même variable, indique un score positif (2,44) qui tend vers le dévouement. De même, les résultats concernant la variable "dominance" pour tous les sujets démontrent qu'ils adoptent des comportements de soumission,

mais qu'ils désirent augmenter leur affirmation de soi et leur assurance au cours du programme de thérapie.

Bien que ces résultats indiquent que les individus drop-out veulent améliorer leur comportement, en ce qui concerne les variables "affiliation" et "dominance", ils continuent de privilégier des comportements jugés nuisibles ("handicaps") dans leurs relations interpersonnelles. L'image idéale qu'ils projettent comporte des ambiguïtés; peut-être parce qu'ils n'ont pas la certitude que les objectifs de La Relance correspondent vraiment aux changements qu'eux-mêmes favorisent. Ils essaient peut-être également d'élaborer une image idéale conforme aux normes établies par la société, sachant que c'est ce qui est désiré comme comportement. En ce sens, il leur est sans doute difficile de poursuivre un programme dont les principaux objectifs visés viennent en contradiction avec ceux qu'ils se fixent réellement.

En ce qui concerne la troisième hypothèse, la plupart des résultats indiquent une relation négative entre les progrès réalisés par les individus persistants et la durée du programme. Ainsi, les sujets dont le temps de participation au programme est plus élevé, réalisent moins de progrès. Ce qui est tout à fait à l'opposé des résultats attendus.

Des progrès sont accomplis au niveau de l'acquisition de comportements favorables à l'établissement de relations interpersonnelles harmonieuses ("atouts") pour les sujets qui ont fait entre 16 et 28 semaines de thérapie ( $M = 3,78$ ). Mais pour les sujets qui sont demeurés en thérapie entre 30 et 44 semaines, ces progrès diminuent quelque peu ( $M = 1,66$ ). Quant au score

de rigidité, il est moins élevé pour les sujets qui sont demeurés en thérapie entre 16 et 28 semaines que pour les sujets qui y sont demeurés entre 30 et 44 semaines.

Bien qu'au début de la thérapie, les individus persistants désirent améliorer leur comportement envers les autres, ils n'arrivent pas tous à atteindre leur objectif. Ainsi, les individus qui passent plus de temps en thérapie (30-44 semaines), obtiennent un score d'affiliation inférieur à ceux qui y demeurent moins longtemps (16-28 semaines). Le score de dominance des sujets qui ont passé entre 30 et 44 semaines en thérapie, est également moins élevé que le score des sujets qui y sont demeurés entre 16 et 28 semaines.

Ces résultats suggèrent que les sujets qui demeurent en thérapie entre 16 et 28 semaines, accomplissent davantage de progrès que les sujets qui demeurent en thérapie entre 30 et 44 semaines. Ce qui peut vouloir dire qu'une durée optimale de thérapie est nécessaire pour la réalisation de progrès et qu'il devient presque inutile de poursuivre au-delà de cette limite. Katz, Lorr et Rubinstein (1958) rapportaient des résultats semblables en concluant que les patients qui demeurent longtemps en thérapie ne réalisent pas nécessairement davantage de progrès.

Malgré la tendance à croire que plus les patients demeurent longtemps en thérapie, plus ils en retirent de bénéfices, Orlinski et Howard (1986) concluent d'après leurs analyses, que la plus grande part de progrès est réalisée dans les premières sessions de thérapie. A mesure que la durée en thérapie augmente, l'accomplissement de progrès se fait de plus en plus

lentement. De plus, leur analyse démontre que de plus en plus d'efforts sont nécessaires pour arriver à une amélioration à peine notable du comportement. Selon Smith et al. (1980), l'impact majeur de la thérapie survient au cours des 6 à 8 premières sessions et se poursuit tout en diminuant, pour les dix prochaines sessions. Ceci pourrait donc expliquer les résultats obtenus dans la présente recherche. Un plus grand nombre de sujets aurait permis une comparaison au niveau des caractéristiques initiales entre les deux groupes de persistants, ce qui aurait pu apporter des éléments d'explication supplémentaires.

Il est important de préciser que ces résultats ne viennent pas contredire les résultats obtenus par Clavet (1991), lequel avait comparé les progrès obtenus par les détenus ayant participé au programme La Relance, avec un groupe contrôle dont les sujets n'avaient pas participé à ce programme.

## Conclusion

Cette section du mémoire fait la synthèse générale de la présente étude et examine les limites qui y sont reliées. Par la suite, elle apporte quelques recommandations pour la poursuite de recherches ultérieures.

### Synthèse

Le premier but de cette recherche était de déterminer si les individus qui abandonnent prématurément le programme de communauté thérapeutique La Relance, diffèrent au niveau des caractéristiques psychologiques, des individus qui persistent au programme. Les hypothèses avancées prévoyaient un niveau de compétence interpersonnelle moins élevé et un degré plus faible de motivation chez les individus drop-out que les individus persistants.

Le deuxième but de cette recherche était de mesurer les progrès accomplis par les individus persistants en fonction de la durée de leur participation au programme de communauté thérapeutique La Relance. L'hypothèse avancée prévoyait que plus la durée de la thérapie est longue, plus la réalisation de progrès est importante.

Ces hypothèses ont été vérifiées à l'aide du Test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels (Terci). Les résultats obtenus n'ont permis d'observer qu'une tendance pour les drop-out à détenir un niveau moins élevé de compétence interpersonnelle. Sur la variable "affiliation", les drop-out présentent des scores inférieurs à ceux des persistants, de même que sur la variable "atouts" dans l'idéal de soi. Cependant, la variable "handicaps"



et la variable "estime" dans l'idéal de soi, n'indiquent qu'une tendance pour les drop-out à obtenir des scores moins élevés que les persistants. Quant au degré de motivation, aucun résultat significatif n'est venu confirmer l'hypothèse prévue.

L'analyse de la troisième hypothèse n'a pas permis de la confirmer, les résultats démontrant une relation inverse à celle qui était attendue. Ainsi, les individus dont le temps de participation au programme est plus élevé réalisent moins de progrès que les individus dont le temps de participation est plus court.

#### Limites de la recherche

Cette recherche de type ex post facto est caractérisée par le fait que les groupes de sujets sélectionnés diffèrent déjà par rapport à une variable précise, sur laquelle il n'y a pas d'intervention réalisable. Il est donc impossible de répartir les sujets au hasard dans chacun des groupes. Il peut alors arriver que les hypothèses conduisent à de fausses interprétations des résultats obtenus, ce qui est un des risques de ce type de recherche.

Ceci est d'autant plus vrai lorsque le chercheur ne peut contrôler la variable indépendante, comme c'est le cas dans cette étude. En tentant d'expliquer un phénomène déjà produit, il est confronté au fait de ne pas avoir le contrôle des causes possibles de ce phénomène. L'interprétation des résultats doit donc être considérée avec réserve, puisque même si une relation est effectivement trouvée entre le fait d'être drop-out et d'avoir un niveau moins

élevé de compétence interpersonnelle, il peut y avoir d'autres variables en cause et il est impossible de conclure à toute relation causale.

Le nombre restreint de sujets est une autre limite de la présente étude et peut avoir affecté les résultats obtenus. Ces sujets n'ont pas non plus été sélectionnés au hasard étant donné qu'ils ont été répartis dans chacun des groupes selon qu'ils avaient abandonné ou qu'ils avaient persisté au programme La Relance.

### Recommandations

Quelques recommandations sont maintenant suggérées pour les recherches qui pourraient être entreprises ultérieurement. En premier lieu, le cadre restreint de cette étude n'a permis qu'une analyse des caractéristiques psychologiques reliées à l'individu, pour tenter de mieux cerner le phénomène de l'abandon prématuré en thérapie. Cependant, d'autres facteurs reliés au contexte thérapeutique et aux intervenants peuvent être déterminants concernant l'abandon. C'est pourquoi une analyse de ces facteurs serait intéressante, dans la mesure où elle pourrait fournir des informations pertinentes par rapport à l'abandon prématuré.

Par ailleurs, il pourrait être également utile et intéressant de vérifier l'efficacité des mesures de prévention de l'abandon prématuré en thérapie, telles que présentées dans l'Appendice C de ce mémoire. Ces mesures de prévention pourraient en effet, réduire l'incidence du phénomène de l'abandon et permettre de maximiser les bénéfices de la thérapie.

De plus, cette recherche suscite une interrogation quant à l'accomplissement d'un niveau satisfaisant de progrès des drop-out, malgré le fait qu'ils aient quitté prématurément le programme de communauté thérapeutique. Une étude ultérieure pourrait tenter de vérifier si les individus qui abandonnent prématurément la thérapie, réalisent tout de même un certain niveau de progrès comparable à celui des individus qui persistent.

Les résultats de cette étude démontrent que les individus persistants dont le temps de thérapie est plus élevé, réalisent moins de progrès que ceux dont le temps de thérapie est plus court. Il serait donc intéressant qu'une étude longitudinale soit effectuée avec un même groupe de sujets pour comparer le niveau de progrès réalisés durant les premières semaines de thérapie avec le niveau de progrès réalisés après plusieurs semaines de thérapie. Ceci permettrait de vérifier si après une certaine limite de temps, les sujets retirent moins de bénéfices du programme La Relance et même, s'ils perdent une partie des acquis qu'ils avaient faits durant les premières semaines.

Il pourrait également être pertinent de comparer les caractéristiques initiales des persistants, en formant deux groupes suffisamment nombreux pour réaliser une étude paramétrique: ceux dont le temps de thérapie est plus court et ceux dont le temps de thérapie est plus long. Cette comparaison permettrait de voir s'il existe des différences individuelles entre ces deux groupes, ce qui pourrait peut-être expliquer les résultats observés dans cette étude.

## Appendice A

### Test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels

UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

TEST D'EVALUATION DU REPERTOIRE DES  
COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS  
(TERCI)

RICHARD HOULD, D.P.s.

Dans ce feuillet, vous trouverez une liste de comportements ou d'attitudes qui peuvent être utilisés pour décrire la manière d'agir ou de réagir de quelqu'un avec les gens.

- Exemple: (1) - Se sacrifie pour ses amis(es)  
(2) - Aime à montrer aux gens leur médiocrité

Cette liste vous est fournie pour vous aider à préciser successivement l'image que vous avez de vous-même, de votre partenaire, de votre père, de votre mère puis de ce que vous aimeriez devenir dans vos relations avec les gens.

Prenez les items de cette liste un à un et, pour chacun, posez-vous la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou cette attitude, pourrait être utilisé pour décrire la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens;

- Partie A : En ce qui me concerne moi-même?  
Partie B : En ce qui concerne mon(ma) partenaire?  
Partie C : En ce qui concerne mon père?  
Partie D : En ce qui concerne ma mère?  
Partie E : En ce qui concerne ce que je voudrais devenir?

Pour répondre au test, vous utiliserez successivement les feuilles de réponses qui accompagnent cette liste d'item.

Une réponse "Oui" à l'item lu s'inscrira 'O'  
Une réponse "Non" à l'item lu s'inscrira 'N'  
Si vous ne pouvez pas répondre, inscrivez 'N'

-2-

Lorsque, pour un item, vous pouvez répondre "Oui", inscrivez 'O' dans la case qui correspond au numéro de l'item sur la feuille de réponses. Ensuite, posez-vous la même question pour l'item suivant.

Lorsque l'item ne correspond pas à l'opinion que vous avez de la façon d'agir ou de réagir de la personne que vous êtes en train de décrire, ou que vous hésitez à lui attribuer ce comportement, inscrivez 'N' vis-à-vis le chiffre qui correspond au numéro de l'item. Ensuite, posez-vous la même question pour l'item suivant.

Lorsque vous avez terminé la description d'une personne, passez à la personne suivante. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce test. Ce qui importe, c'est l'opinion personnelle que vous avez de vous-même, de votre partenaire, de votre père et de votre mère. Les résultats seront compilés par ordinateur et vous seront remis et expliqués individuellement.

Vous pouvez maintenant répondre au questionnaire. Au haut de chacune des feuilles de réponses, vous trouverez un résumé des principales instructions nécessaires pour répondre au test.

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

-3-

## LISTE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS

Prenez les items de la liste un à un et, pour chacun, posez-vous la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou cette attitude, décrit ou caractérise la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens de la personne que je veux décrire?" Celle-ci sera précisée au haut de la feuille de réponses.

Si, pour un item, votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre "O" dans la case appropriée sur votre feuille de réponses. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre "N".

### S.V.P. N'ECRIVEZ RIEN SUR CE FEUILLET

PREMIERE COLONNE sur votre feuille de réponses.

- 01 - Capable de céder et d'obéir
- 02 - Aime bien que les autres l'approuvent
- 03 - Un peu snob
- 04 - Réagit souvent avec violence
- 05 - Prend plaisir à s'occuper du bien-être des gens
- 06 - Dit souvent du mal de soi, se déprécie face aux gens
- 07 - Essaie de réconforter et d'encourager les autres
- 08 - Se méfie des conseils qu'on lui donne
- 09 - Se fait respecter par les gens
- 10 - Comprend les autres, tolérant(e)
- 11 - Souvent mal à l'aise avec les gens
- 12 - A une bonne opinion de soi-même
- 13 - Supporte mal de se faire mener
- 14 - Epreuve souvent des déceptions
- 15 - Se dévoue sans compter pour les autres, généreux(se)

-4-

## LISTE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS

Prenez les items de la liste un à un et, pour chacun, posez la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou attitude, décrit ou caractérise la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens de la personne que je veux décrire?" Celle-ci sera précisée au haut de la feuille de réponses.

Si, pour un item, votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre "O" dans la case appropriée sur votre feuille de réponses. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre "N".

### S.V.P. N'ECRIVEZ RIEN SUR CE FEUILLET

DEUXIEME COLONNE sur votre feuille de réponses

- 16 - Prend parfois de bonnes décisions
- 17 - Aime à faire peur aux gens
- 18 - Se sent toujours inférieur(e) et honteux(se) devant les
- 19 - Capable de se méfier de quelqu'un
- 20 - Capable d'exprimer sa haine ou sa souffrance
- 21 - A plus d'amis(es) que la moyenne des gens
- 22 - Epreuve rarement de la tendresse pour quelqu'un
- 23 - Persécuté(e) dans son milieu
- 24 - Change parfois d'idée pour faire plaisir aux autres
- 25 - Intolérant(e) pour les personnes qui se trompent
- 26 - A de la difficulté à s'opposer aux désirs des autres
- 27 - Epreuve de la haine pour la plupart des personnes de son entourage
- 28 - N'a pas confiance en soi
- 29 - Va au-devant des désirs des autres
- 30 - Tient son bout quand il le faut

## LISTE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS

Prenez les items de la liste un à un et, pour chacun, posez-vous la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou cette attitude, décrit ou caractérise la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens de la personne que je veux décrire?" Celle-ci sera précisée au haut de la feuille de réponses.

Si, pour un item, votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre "O" dans la case appropriée sur votre feuille de réponses. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre "N".

### S.V.P. N'ECRIVEZ RIEN SUR CE FEUILLET

TROISIEME COLONNE sur votre feuille de réponses.

- 31 - Trouve tout le monde sympathique
- 32 - Eprouve du respect pour l'autorité
- 33 - Se sent compétent(e) dans son domaine
- 34 - Commande aux gens
- 35 - S'enrage pour peu de choses
- 36 - Accepte, par bonté, de gâcher sa vie pour faire le bonheur d'une personne ingrate
- 37 - Se sent supérieur(e) à la plupart des gens
- 38 - Cherche à épater, à impressionner
- 39 - Comble les autres de prévenances et de gentillesse
- 40 - Toujours d'accord avec qui que ce soit
- 41 - Manque parfois de tact ou de diplomatie
- 42 - A besoin de plaire à tout le monde
- 43 - Manifeste de l'empressement à l'égard des gens
- 44 - Heureux(se) de recevoir des conseils
- 45 - Se montre reconnaissant(e) pour les services qu'on lui rend

## LISTE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS

Prenez les items de la liste un à un et, pour chacun, posez-vous la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou cette attitude, décrit ou caractérise la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens de la personne que je veux décrire?" Celle-ci sera précisée au haut de la feuille de réponses.

Si, pour un item, votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre "O" dans la case appropriée sur votre feuille de réponses. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre "N".

### S.V.P. N'ECRIVEZ RIEN SUR CE FEUILLET

QUATRIEME COLONNE sur votre feuille de réponses

- 46 - Partage les responsabilités et défend les intérêts de chacun
- 47 - A beaucoup de volonté et d'énergie
- 48 - Toujours aimable et gai(e)
- 49 - Aime la compétition
- 50 - Préfère se passer des conseils des autres
- 51 - Peut oublier les pires affronts
- 52 - A souvent besoin d'être aidé(e)
- 53 - Donne toujours son avis
- 54 - Se tracasse pour les troubles de n'importe qui
- 55 - Veut toujours avoir raison
- 56 - Se fie à n'importe qui, naïf(ve)
- 57 - Exige beaucoup des autres, difficile à satisfaire
- 58 - Incapable d'oublier le tort que les autres lui ont fait
- 59 - Peut critiquer ou s'opposer à une opinion qu'on ne partage pas
- 60 - Souvent exploité(e) par les gens

## LISTE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS

Prenez les items de la liste un à un et, pour chacun, posez-vous la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou cette attitude, décrit ou caractérise la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens de la personne que je veux décrire?" Celle-ci sera précisée au haut de la feuille de réponses.

Si, pour un item, votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre "O" dans la case appropriée sur votre feuille de réponses. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre "N".

### S.V.P. N'ECRIVEZ RIEN SUR CE FEUILLET

CINQUIEME COLONNE sur votre feuille de réponses

- 1 - Susceptible et facilement blessé(e)
- 2 - Exerce un contrôle sur les gens et les choses qui l'entourent
- 3 - Abuse de son pouvoir et de son autorité
- 4 - Capable d'accepter ses torts
- 5 - A l'habitude d'exagérer ses mérites, de se vanter
- 6 - Peut s'exprimer sans détours
- 7 - Se sent souvent impuissant(e) et incompetent(e)
- 8 - Cherche à se faire obéir
- 9 - Tolère mal de se faire contredire
- 10 - Evite les conflits si possible
- 11 - Sûr(e) de soi
- 12 - Tient à plaire aux gens
- 13 - Fait passer son plaisir et ses intérêts personnels avant tout
- 14 - Se confie trop facilement
- 15 - Planifie ses activités

## LISTE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS

Prenez les items de la liste un à un et, pour chacun, posez-vous la question suivante: "Est-ce que ce comportement, ou cette attitude, décrit ou caractérise la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens de la personne que je veux décrire?" Celle-ci sera précisée au haut de la feuille de réponses.

Si, pour un item, votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre "O" dans la case appropriée sur votre feuille de réponses. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre "N".

### S.V.P. N'ECRIVEZ RIEN SUR CE FEUILLET

SIXIEME COLONNE sur votre feuille de réponses

- 16 - Accepte trop de concessions ou de compromis
- 17 - N'hésite pas à confier son sort au bon vouloir d'une personne qu'on admire
- 18 - Toujours de bonne humeur
- 19 - Se justifie souvent
- 20 - Epreuve souvent de l'angoisse et de l'anxiété
- 21 - Reste à l'écart, effacé(e)
- 22 - Donne aux gens des conseils raisonnables
- 23 - Dur(e), mais honnête
- 24 - Prend plaisir à se moquer des gens
- 25 - Fier(e)
- 26 - Habituellement soumis(e)
- 27 - Toujours prêt(e) à aider, disponible
- 28 - Peut montrer de l'amitié



## TEST D'ÉVALUATION DU RÉPERTOIRE DES CONSTRUITS INTERPERSONNELS

RICHARD HOULD, D.P.S.

FEUILLES DE RÉPONSES POUR L'HOMMEInformations généralesNom : \_\_\_\_\_ Sexe : M ☐ F ☐ Date : \_\_\_\_\_

Nom de mon(a) partenaire : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

(Note : Le mot 'partenaire' désigne le conjoint lorsqu'il s'agit d'un couple marié, ou l'ami(e) lorsqu'il s'agit de personnes célibataires.)

Je vis avec mon(a) partenaire : Oui ☐ Non ☐ Mon âge : \_\_\_\_\_ ans

Je connais mon(a) partenaire depuis \_\_\_\_\_ années.

J'ai \_\_\_\_\_ enfant (s)

Mon père est : Vivant ☐ Décédé ☐ Je l'ai connu : Oui ☐ Non ☐Ma mère est : Vivante ☐ Décédée ☐ Je l'ai connue : Oui ☐ Non ☐

Dans le cas où l'un de vos parents est décédé, vous pouvez répondre au test en utilisant vos souvenirs.

Si, pour une raison ou l'autre, vous n'avez pas connu votre père ou votre mère, répondez au test en vous rappelant la personne qui a joué le rôle de parent dans votre enfance.

Vérifiez si vous avez bien compris les instructions en répondant aux exemples suivants :

"Est-ce que ce comportement, ou cette attitude décrit ou caractérise ma manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens?"

(1) Se sacrifie pour ses amis(es)

☐ (1)

(2) Aime à montrer aux gens leur infériorité

☐ (2)

Si votre réponse est "Oui", inscrivez la lettre 'O' dans la case appropriée. Dans tous les autres cas, inscrivez la lettre 'N'.

Partie A: Description de moi-même

93

Concentrez-vous sur ce que vous pensez de vous-même, ou sur l'image que vous vous faites de vous-même.

Prenez ensuite le premier item de la liste et, posez-vous la question suivante: "Est-ce que je pourrais utiliser cet item pour décrire ma manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens?"

Après avoir inscrit "O" ou "N" dans la case appropriée, prenez l'item suivant et reposez-vous la même question.

Page 2	Page 3	Page 4	Page 5	Page 6	Page 7
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22
<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23
<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 14	
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 15	

N'écrivez rien dans ces cases

<input type="checkbox"/>	61
<input type="checkbox"/> 1	62
<input type="checkbox"/>	63
<input type="checkbox"/>	64
<input type="checkbox"/>	65
<input type="checkbox"/>	66
<input type="checkbox"/>	67
<input type="checkbox"/>	68

N'écrivez rien dans ces cases

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

Partie B: Description de ma partenaire

94

Concentrez-vous sur l'image qui vous vient à l'idée lorsque vous pensez à votre partenaire.

Prenez ensuite le premier item de la liste et, posez-vous la question suivante: "Est-ce que je pourrais utiliser cet item pour décrire la manière habituelle de ma partenaire d'être ou d'agir avec les gens?"

Après avoir inscrit "O" ou "N" dans la case appropriée, prenez l'item suivant et reposez-vous la même question.

Page 2	Page 3	Page 4	Page 5	Page 6	Page 7	
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	N'écrivez rien dans ces cases
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	
<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	
<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	
<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 14		
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 15		

N'écrivez rien dans ces cases							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	62	63	64	65	66	67	68

Concentrez-vous sur l'image qui vous vient à l'idée lorsque vous pensez à votre père.

Prenez ensuite le premier item de la liste et, posez-vous la question suivante: "Est-ce que je pourrais utiliser cet item pour décrire la manière habituelle de mon père d'être ou d'agir avec les gens?"

Après avoir inscrit "O" ou "N" dans la case appropriée, prenez l'item suivant et reposez-vous la même question.

Page 2	Page 3	Page 4	Page 5	Page 6	Page 7	
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	N'écrivez rien dans ces cases
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	
<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	
<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	
<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 14		
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 15		

N'écrivez rien dans ces cases

<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	62	63	64	65	66	67	68

Partie D: Description de ma mère

96

Concentrez-vous sur l'image qui vous vient à l'idée lorsque vous pensez à votre mère.

Prenez ensuite le premier item de la liste et, posez-vous la question suivante: "Est-ce que je pourrais utiliser cet item pour décrire la manière habituelle de ma mère d'être ou d'agir avec les gens?"

Après avoir inscrit "O" ou "N" dans la case appropriée, prenez l'item suivant et reposez-vous la même question.

Page 2	Page 3	Page 4	Page 5	Page 6	Page 7
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22
<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23
<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 14	
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 15	

N'écrivez rien dans ces cases

<input type="checkbox"/>	61
7	62
<input type="checkbox"/>	63
<input type="checkbox"/>	64
<input type="checkbox"/>	65
<input type="checkbox"/>	66
<input type="checkbox"/>	67
<input type="checkbox"/>	68

N'écrivez rien dans ces cases

<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	62	63	64	65	66	67	68

Concentrez-vous sur l'image qui vous vient à l'idée lorsque vous pensez à la façon dont vous aimeriez vous comporter à la fin de votre démarche de changement.

Prenez ensuite le premier item de la liste et, posez-vous la question suivante: "Est-ce que je pourrais utiliser cet item pour décrire la manière habituelle d'être ou d'agir que j'aimerais adopter avec les gens?"

Après avoir inscrit "O" ou "N" dans la case appropriée, prenez l'item suivant et reposez-vous la même question.

Page 2	Page 3	Page 4	Page 5	Page 6	Page 7	
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 16	N'écrivez rien dans ces cases
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 17	
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 18	
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 19	
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 20	
<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 21	
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 22	
<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 23	
<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 24	
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 25	
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 26	
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 27	
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 28	
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 14		
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 15		

N'écrivez rien dans ces cases							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	62	63	64	65	66	67	68

## Appendice B

Exemple des résultats obtenus

par un sujet au Terci

Tableau 8

Exemple des résultats pouvant être obtenus par un sujet au Terci

## PONDÉRATION STANDARD

\*\*\*\*\*

	MOI-MÊME	PARTENAIRE	PÈRE	MÈRE	MOI IDEAL
ASSURANCE	14.48	16.08	15.28	11.27	12.07
ORGANISATION	19.57	17.68	15.79	15.16	13.27
CRITIQUE	19.75	10.40	13.52	11.18	10.40
MÉFIANCE	15.11	18.31	15.11	8.70	9.50
EFFACEMENT	13.78	12.46	11.80	11.80	9.15
DOCILITÉ	9.74	19.64	19.64	22.69	15.84
SERVIABILITÉ	6.50	21.84	8.42	23.76	18.00
GENTILLESSE	9.63	15.91	16.60	27.06	20.78
DOMINATION	34.09	39.95	37.68	42.22	35.22
INTOLÉRANCE	43.40	34.98	34.31	27.38	25.59
SOUMISSION	29.60	37.73	34.61	32.31	24.42
DÉVOUEMENT	18.45	46.17	31.89	58.13	42.93
AFFILIATION	-22.99	10.51	-2.31	28.49	15.80
DOMINANCE	5.00	1.70	2.95	9.72	11.67
RIGIDITÉ	23.53	10.65	3.74	30.10	19.64

## PONDÉRATION INDIVIDUELLE

\*\*\*\*\*

	MOI-MÊME	PARTENAIRE	PÈRE	MÈRE	MOI IDEAL
ASSURANCE	12.98	15.57	15.57	9.53	12.12
ORGANISATION	18.50	15.45	13.93	13.93	12.41
CRITIQUE	20.14	12.94	12.14	11.34	12.94
MÉFIANCE	18.55	21.27	17.65	9.49	13.11
EFFACEMENT	13.39	14.12	11.19	11.92	9.00
DOCILITÉ	10.15	19.54	18.60	22.36	17.66
SERVIABILITÉ	8.95	25.33	9.81	27.91	23.60
GENTILLESSE	9.62	16.87	15.06	29.57	23.22
DOMINATION	31.43	37.74	34.70	39.27	35.68
INTOLÉRANCE	45.14	37.20	32.94	26.96	29.75
SOUMISSION	32.10	41.61	34.55	32.20	27.77
DÉVOUEMENT	21.47	50.38	31.99	64.01	51.75
(C) AFFILIATION	-21.55( 2)	11.21( 8)	-.61( 6)	32.94( 10)	19.62( 9)
(C) DOMINANCE	-.21( 6)	-4.71( 5)	.21( 5)	7.21( 7)	8.67( 8)
(C) RIGIDITÉ	21.56( 8)	12.16( 5)	.65( 1)	33.72( 8)	21.45( 8)



Tableau 8

Exemple des résultats pouvant être obtenus par un sujet au Terci (suite)

HOMME : INDICES EXPÉRIMENTAUX

```

*****
*                                     *
*   POINT DE VUE DE L'HOMME   *
*                                     *
*****

```

## ÉVALUATION DU POTENTIEL DES PERSONNAGES

	POTENTIEL	MOI-MÊME	PARTENAIRE	PÈRE	MÈRE	MOI IDEAL
C	ATOUTS	4	11	6	6	11
C	HANDICAPS	6	7	5	6	3
C	<u>POTENTIEL</u>	5	6	7	6	9
C	CONFUSION	8	9	7	6	4

## PERCEPTION DU VÉCU À L'INTÉRIEUR DES DYADES

DYADES	AFFILIATION		DOMINANCE		POTENTIEL		AMBIANCE
	NATURE	INTENSITÉ	NATURE	INTENSITÉ	NATURE	INTENSITÉ	
C MOI-MÊME PARTENAIRE	INTOLÉRANT DÉVOUÉE	9	SOU MIS SOU MISE	3	POSITIF POSITIF	3	6
C MOI-IDÉAL PARTENAIRE	DÉVOUÉ DÉVOUÉE	9	DOMINANT SOU MISE	5	POSITIF POSITIF	6	8
C PÈRE MÈRE	INTOLÉRANT DÉVOUÉE	4	DOMINANT DOMINANTE	2	POSITIF POSITIF	5	7
C MOI-MÊME PÈRE	INTOLÉRANT INTOLÉRANT	4	SOU MIS DOMINANT	1	POSITIF POSITIF	4	6
C MOI-MÊME MÈRE	INTOLÉRANT DÉVOUÉE	11	SOU MIS DOMINANTE	2	POSITIF POSITIF	3	6

\*\*\*\*\*

## AUTRES VARIABLES

SATISFACTION ACTUELLE	5	SATISFACTION ENVISAGÉE	7	SPÉCIFICITÉ	9
IMPORTANCE ACTUELLE	5	IMPORTANCE ENVISAGÉE	8	IDIOSYNCRASIE	4
MOTIVATION ACTUELLE	5	MOTIVATION ENVISAGÉE	7	COHÉRENCE	4
				COMPLEXITÉ	7

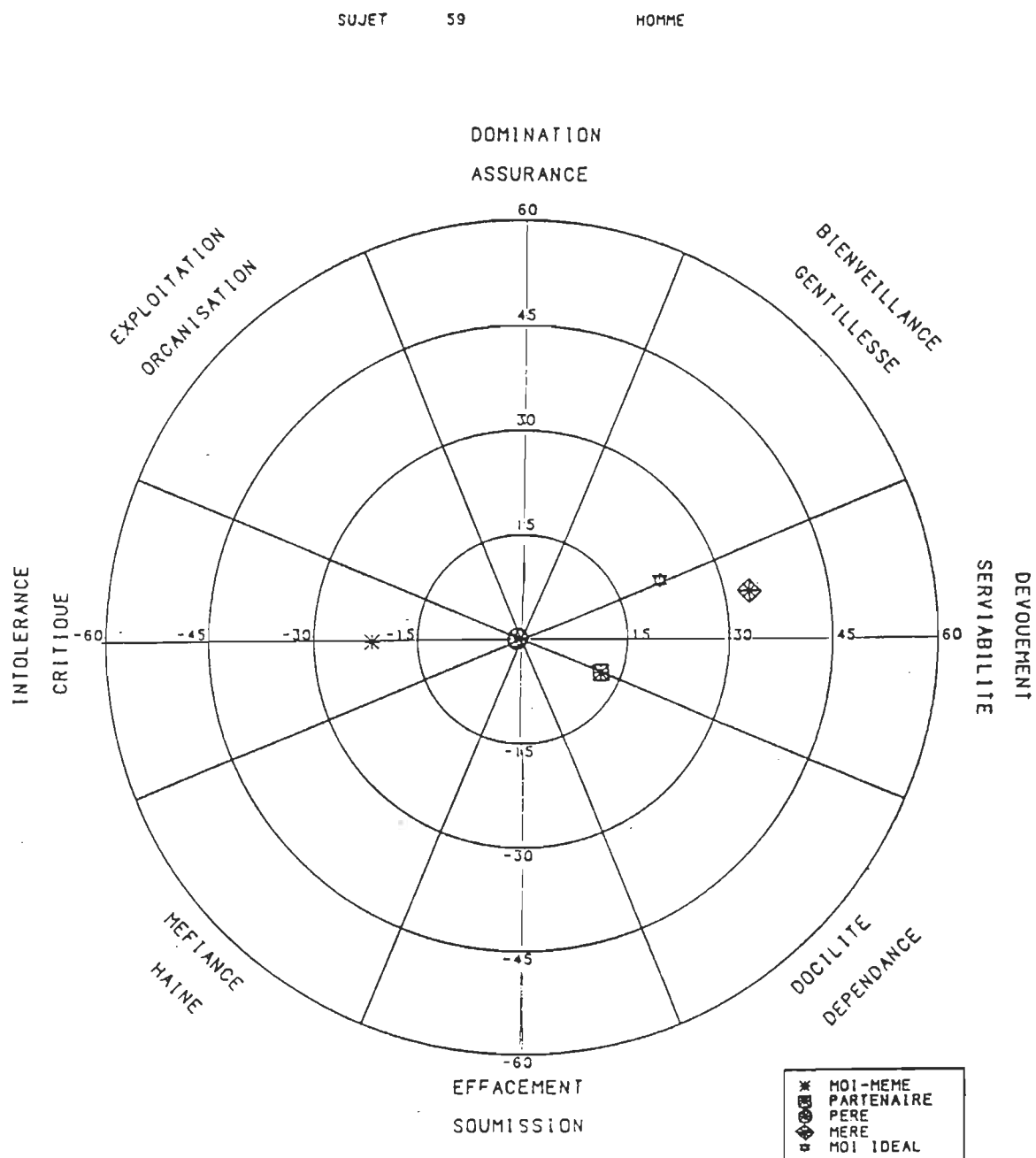


Figure 2 - Nature et intensité du mode d'adaptation interpersonnelle selon les positions sur les axes d'affiliation et de dominance

## Appendice C

### Mesures de prévention

### Mesures de prévention

Après l'analyse des variables reliées à l'abandon prématuré, ce qui semble le plus important, comme le soulignent Baekeland et Lundwall (1975), c'est de pouvoir identifier rapidement avant le début de la thérapie de groupe, les individus susceptibles d'abandonner et également de déterminer les facteurs reliés au traitement qui favorisent à plus ou moins long terme, l'abandon de la thérapie.

Cependant, la majorité des auteurs s'entendent pour dire qu'il existe également des moyens de prévenir l'abandon prématuré et qu'il importe de les développer pour arriver à en réduire l'incidence. Dans les différentes études consultées, deux principales mesures de prévention sont rapportées, soit la sélection et la préparation des individus qui veulent se joindre à un groupe de thérapie. L'établissement d'un climat de respect au sein du groupe thérapeutique est un autre moyen de prévenir les abandons, mais il est abordé par quelques auteurs seulement.

#### La sélection

Selon Roback et Smith (1987) et Yalom (1985), une bonne sélection des clients constitue un avantage indéniable pour qu'une thérapie de groupe soit efficace. Cependant d'effectuer une telle sélection des clients n'implique pas nécessairement d'éliminer certains candidats qui ne pourraient profiter d'une thérapie, quelle qu'elle soit. La sélection permet plutôt d'établir si un type de thérapie convient à un client en particulier puisque le client mal orienté dans

le choix d'un groupe thérapeutique, présente plus de risques de ne pas profiter de son expérience.

Pour Meltzoff et Kornreich (1970), une sélection rigoureuse permet de réduire les risques d'abandon prématuré et de s'assurer que le client accepte la nature et la durée du traitement offert par l'institution ou la clinique. C'est pourquoi dans l'étude de Stone, Blaze et Buzzoto (1980), les patients du groupe thérapeutique, ont d'abord été sélectionnés à l'aide d'une évaluation psychologique. Ils ont aussi été interviewés à deux reprises afin de préciser leurs motivations face à la thérapie de groupe et de les préparer à ce type d'intervention. Ces entrevues présentent deux avantages: établir un premier contact permettant l'établissement d'une relation thérapeute-client et ensuite montrer au client de quelle façon le groupe pourra l'aider à atteindre ses objectifs personnels, d'où un élément de motivation très important.

Beaucoup de recherches ont été faites pour déterminer si tel client est un bon candidat pour la thérapie de groupe (Bond et Lieberman, 1978; Frances, Clarkin et Marachi, 1980; Koran et Costell, 1973; Kotkov, 1955; Nash et al., 1957). Il semble cependant difficile de trouver des critères établis qui permettraient de procéder à la sélection des candidats. Par conséquent, une majorité de thérapeutes n'effectuent pas de sélection, mais procèdent plutôt à une élimination des clients jugés inaptes à l'expérience de groupe. Ils déterminent ceux qui vraisemblablement ne pourront travailler à l'intérieur d'un groupe de thérapie, les excluent, et acceptent par la suite tous les autres. C'est pourquoi il serait profitable que le processus de sélection soit davantage

raffiné, en tentant de trouver autant les facteurs d'inclusion que d'exclusion des clients, pour la thérapie de groupe.

#### A. Critères d'exclusion

Les individus qui ont des atteintes au cerveau, qui sont paranoïaques, hypochondriaques, dépendants de l'alcool ou de la drogue, fortement psychotiques ou sociopathes, ne seraient pas de bons candidats pour la thérapie de groupe intensive selon Yalom (1985). Ces patients semblent destinés à échouer à cause de leur inaptitude à participer dans le groupe, ce qui peut être défavorable autant pour eux-mêmes que pour les autres membres.

Pour Roback et Smith (1987), il apparaît que ce sont les patients ayant tendance à nier la réalité, somatisant davantage et mettant beaucoup plus d'emphasis sur les facteurs extérieurs que sur les facteurs interpersonnels qui doivent être particulièrement observés, surtout s'ils n'ont jamais eu recours à un support psychologique auparavant. Les individus vivant une situation de crise ne sont pas non plus de bons candidats pour la thérapie de groupe. Ils seront beaucoup mieux traités dans le cadre d'une intervention de crise, qu'elle soit individuelle ou familiale (Yalom, 1985).

#### B. Critères d'inclusion

Dans l'étude de Klein (1983a), la clinique d'où provient l'échantillon de patients souligne que le critère d'admission le plus important pour la thérapie de groupe, réside dans le degré de motivation à changer. Le deuxième critère de référence, concerne la capacité du patient de définir son problème

comme étant de nature interpersonnelle; c'est-à-dire s'il entretient constamment des relations insatisfaisantes et s'il éprouve de la difficulté à établir et à maintenir des relations interpersonnelles gratifiantes (Friedman, 1976; Klein, 1983a).

Toutefois Yalom (1985) souligne que la sélection des patients ne doit pas se faire uniquement en regard des besoins de ceux-ci, à savoir si la thérapie de groupe ou le thérapeute leur conviennent. L'influence positive ou négative que ces patients exercent sur les autres membres du groupe doit aussi être considérée. Certains individus aux prises avec des problèmes spécifiques peuvent ralentir le travail du groupe et affecter les autres membres. Inversement, d'autres individus peuvent bien fonctionner dans divers types de groupes et, placés dans un groupe ne fonctionnant qu'au ralenti, peuvent exercer un effet catalyseur sur celui-ci.

Budman, Benett et Wineski (1980) obtiennent de bons résultats en utilisant un groupe de préparation à la thérapie comme outil de sélection des participants, dans un groupe de thérapie à court terme. Pour eux, au lieu de poser l'habituelle question, "est-ce que cet individu est un bon candidat pour un groupe thérapeutique?", il est préférable dans une perspective d'interaction, de se demander plutôt, "est-ce que cet individu convient à ce groupe en particulier?"

Toutefois, selon Friedman (1976), les références en thérapie de groupe comportent souvent des patients très difficiles ou peu motivés. Ces

patients, dont le pronostic est négatif, présentent souvent une histoire d'échecs répétés en thérapie, sont peu éduqués et d'un niveau socio-économique faible. De plus, il semble que les nombreux problèmes concernant la référence du patient en thérapie de groupe surviennent avant même que ce dernier n'ait débuté dans le groupe (Klein, 1983a). Plus spécifiquement, ces problèmes peuvent provenir du processus de référence et concernent non seulement l'individu qui est référé en thérapie de groupe, mais aussi pourquoi il l'a été et comment cela a été fait.

Il demeure que même si certains thérapeutes ou certaines cliniques utilisent des critères de sélection assez rigoureux qui peuvent réduire les risques d'abandon prématuré, ils ne réussissent pas à les éliminer totalement. Cependant, ces critères de sélection peuvent aussi mieux orienter le patient dans le choix d'un traitement thérapeutique et lui permettre d'en retirer le plus de bénéfices possibles.

### La préparation

Un autre moyen d'améliorer l'efficacité d'une thérapie de groupe, est de préparer les patients avant leur entrée dans un tel groupe, car un manque à ce niveau peut occasionner de sérieux problèmes à court ou à long terme et peut même conduire à la destruction du groupe (Rabin, 1970). Par contre, une préparation adéquate peut avoir des effets positifs sur la façon dont se déroulera la thérapie par la suite, autant pour le patient lui-même que pour l'ensemble du groupe.



#### A. Importance d'une préparation individuelle à la thérapie

Roback et Smith (1987) et Sethna et Harrington (1971) parlent spécifiquement de préparation individuelle à la thérapie de groupe, puisque cela donne l'opportunité au thérapeute de renseigner le client sur les fonctions et les buts du groupe et d'établir un certain rapport avec lui, qui permettra aussi d'évaluer sommairement sa capacité de faire partie d'un groupe.

Pour Yalom (1985), il s'avère important de préparer les patients au groupe thérapeutique, qui souvent, représente une menace pour eux. Au cours de cette préparation, il convient de leur expliquer théoriquement les raisons qui peuvent causer une dysfonction ou une difficulté psychologique et des méthodes d'exploration de soi. Il est alors possible de sonder les peurs que le patient éprouve vis-à-vis la thérapie de groupe et de lui fournir une structure cognitive qui lui permette de mieux s'adapter au choc initial que peut lui causer les premières rencontres de groupe.

#### B. Techniques de préparation

Rabin (1970) explique les différentes techniques qu'il utilise dans le but de mieux préparer les patients à la thérapie de groupe. Elles permettent de répondre aux besoins de chaque patient, en ce qui a trait à leur placement dans un groupe de thérapie.

1. Information factuelle. Cette information concerne l'heure, la durée, la fréquence des rencontres, et les honoraires qui s'y rattachent.

2. Matériel audio. L'écoute d'enregistrements de certaines rencontres de groupe permettant aux patients de voir ce qu'est un groupe de thérapie et de quelle façon ils pourront s'y engager.

3. Lecture et rencontre exploratoire. Ce type de rencontre vise à expliquer au patient comment il sera appelé à agir au sein du groupe. Cette préparation à la thérapie de groupe vise à diriger le patient dans une interaction basée sur "l'ici et maintenant" et de nature confrontante. Il apprend qu'il peut se faciliter la tâche en étant honnête et direct quant aux sentiments ressentis sur le moment, surtout vis-à-vis les autres membres du groupe et le thérapeute.

4. Expérience de groupe. C'est une forme brève d'expérience de groupe, permettant de prendre contact avec la clinique et de vivre au sein d'un groupe avant d'entreprendre la véritable thérapie.

5. Rencontres individuelles. Elles permettent au thérapeute d'évaluer les craintes spécifiques de chaque patient qui constituent en quelque sorte des obstacles à leur entrée dans un groupe de thérapie. Tout le temps nécessaire est pris pour ces rencontres individuelles et le placement trop hâtif est évité.

Chaque technique présentée ici est utilisée seule ou en combinaison avec d'autres, pour tenter de répondre de la meilleure façon aux besoins du patient.

En somme, Grotjahn (1972), tout comme Roback et Smith (1987) et Sethna et Harrington (1971), rapporte que certains patients peuvent bénéficier d'une meilleure préparation individuelle avant d'intégrer le groupe, ce qui peut diminuer les risques d'un abandon prématuré. Par contre, d'autres patients ne supportent pas les impacts de la thérapie sur eux ou sont peu motivés à s'engager dans le groupe et préfèrent quitter; il est alors très difficile de prévenir ces départs.

#### Etablissement d'un climat de respect au sein du groupe de thérapie

Selon Sethna et Harrington (1971), il importe également que l'anxiété ressentie par les patients dans le groupe, puisse être exprimée librement à l'intérieur de celui-ci le plus tôt possible, afin d'éviter qu'elle ne cause un abandon. Par ailleurs, les attitudes négatives à l'égard de certains membres peuvent provoquer leur départ du groupe et il faut les éviter. Voilà une clé importante dans la prévention de l'abandon prématuré au cours du processus thérapeutique; être attentif à tout ce qui se passe dans le groupe et pouvoir agir pour le mieux de tous.

Stone, Blaze et Buzzoto (1980) vont dans le même sens, en indiquant que le fait que le groupe représente une dimension affective très importante pour le patient, constitue un facteur déterminant concernant l'abandon. Une attention particulière doit donc être portée à chacun des membres, surtout lorsque le groupe prend de l'importance sur un plan interpersonnel, afin que tous se sentent respectés et puissent ressentir leur vulnérabilité sans se sentir menacés et quitter la thérapie.

Pour Koran et Costell (1973) également, il est opportun d'agir à titre préventif auprès des individus susceptibles d'abandonner avant la fin de la thérapie. D'abord en prêtant particulièrement attention aux motivations positives qui amènent le patient en thérapie, en renforçant toute révélation qu'il pourrait faire quant à ses problèmes personnels ou ses réactions face aux événements survenant dans le groupe et enfin, en évitant que le groupe ne fasse trop de pression, trop tôt, sur un tel individu pour qu'il se révèle aux autres membres.

### Résumé

Les deux principales mesures de prévention rapportées ici démontrent qu'il est possible de réduire l'ampleur de l'abandon prématuré en thérapie de groupe, sans toutefois l'éliminer complètement. Ainsi, la sélection des individus permet non seulement de mieux les orienter dans le choix d'une thérapie, mais permet aussi d'établir quels sont leurs besoins et leurs attentes par rapport à celle-ci. Fait intéressant à noter, les critères d'inclusion rapportés par certains auteurs sont le degré de motivation à changer et le fait d'être aux prises avec des difficultés d'ordre interpersonnel. Pourtant, lors de l'analyse des variables psychologiques reliées à l'individu, il a été démontré que le manque de compétence interpersonnelle est en relation avec l'abandon prématuré en thérapie. Ceci laisserait supposer qu'un certain niveau de compétence interpersonnelle est nécessaire, pour poursuivre la thérapie d'abord et pour réussir à surpasser les problèmes de nature interpersonnelle rencontrés.

La préparation individuelle, quant à elle, renseigne chaque patient sur le fonctionnement d'un groupe thérapeutique en plus de permettre au thérapeute d'établir un certain contact avec ce dernier. Comme la thérapie de groupe est souvent menaçante pour les patients, la préparation individuelle donne aussi l'opportunité de la démystifier et de mieux s'y adapter. Par ailleurs, l'établissement d'un climat de respect au sein du groupe thérapeutique est un autre moyen de réduire l'abandon de la thérapie, quoiqu'elle soit abordée par quelques auteurs seulement. En effet, l'attention accordée à chaque membre du groupe, l'encouragement de l'expression des sentiments de chacun dans le respect, constituent sûrement des points majeurs dans la réussite du traitement.

### Remerciements

L'auteur désire remercier son directeur de mémoire, monsieur Richard Hould, D. Ps., professeur au département de psychologie de l'U.Q.T.R., pour son assistance constante et éclairée.

## Références

- AFFLECK, D.C., GARFIELD, S.L. (1961). Predictive judgments of therapists and duration of stay in psychotherapy. Journal of clinical psychology, 17, 134-137.
- ALBRONDA, H.F., DEAN, R.L., STARKWEATHER, J.A. (1964). Social class and psychotherapy. Archives of general psychiatry, 10, 276-283.
- ARONSON, H., WEINTRAUB, W. (1969). Certain initial variables as predictors of change with classical psychoanalysis. Journal of abnormal psychology, 74, 490-497.
- BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. Psychological bulletin, 82, 738-783.
- BAILEY, M.A., WARSHAW, L., EICHLER, R.M. (1959). A study of factors related to length of stay in psychotherapy. Journal of clinical psychology, 15, 442-444.
- BARRIERE, M., CORMIER, D. (1976). Valeur de la rééducation communautaire dans la toxicomanie. Toxicomanies, 9, 25-37.
- BASSIN, A. (1976). The reality therapy paradigm, in A. Bassin, T.E. Bratter, R.L. Rachin (Ed.): The reality therapy reader (pp. 265-280). New York: Harper and Row.
- BERNE, E. (1955). Group attendance: clinical and theoretical considerations. International journal of group psychotherapy, 5, 392-403.
- BLACKMAN, N. (1948). Psychotherapy in a veterans administration mental hygiene clinic. Psychiatry quarterly, 22, 89-102.
- BLOOM, B.L. (1956). Pronostic signifiacne of the underproductive Rorschach. Journal of projective techniques, 20, 366-371.
- BOND, G., LIEBERMAN, M. (1978). Indications for group psychotherapy, in C. Brady, K. Brodie (Ed.): Controversy in psychiatry, Philadelphia: W.B. Saunders.
- BRILL, N.Q., STORROW, H.A. (1960). Social class and psychiatric treatment. Archives of general psychiatry, 3, 340-344.



- BROWN, J.S., KOSTERLITZ, N. (1964). Selection and treatment of psychiatric outpatients. Archives of general psychiatry, 11, 425-438.
- BUDMAN, S.H., BENNETT, M.J., WINESKI, M.J. (1980). Short term group psychotherapy: an adult developmental model. International journal of group psychotherapy, 30, 63-76.
- BUDMAN, S., DEMBY, A. RANDALL, M. (1980). Short-term group psychotherapy: who succeeds, who fails? Group, 4, 3-16.
- CARNEY, F.L. (1972). Some recurring therapeutic issues in group psychotherapy with criminal patients. American journal of psychotherapy, 26, 34-41.
- CARTWRIGHT, D.S. (1955). Success in psychotherapy as a function of certain actuarial variables. Journal of consulting psychology, 19, 357-363.
- CIMBOLIC, P. (1972). Counselor race and experience effects on black clients. Journal of consulting and clinical psychology, 39, 328-332.
- CLAVET, B. (1990). Effets du programme de communauté thérapeutique La Relance sur la compétence interpersonnelle d'un groupe de détenus. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- COLE, N.J., BRANCH, C.H., ALLISON, R.B. (1962). Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy. American journal of psychiatry, 118, 1004-1012.
- DICK, B.M. (1975). A ten-year study of out-patient analytic group therapy. British journal of psychiatry, 127, 365-375.
- EWING, T.N. (1974). Racial similarity of client and counselor and client satisfaction with counselling. Journal of consulting psychology, 21, 446-469.
- FIESTER, A.R., RUDESTAM, K.E. (1975). A multivariate analysis of the early drop-out process. Journal of consulting and clinical psychology, 43, 528-535.
- FRANCES, A., CLARKIN, J., MARACHI, J. (1980). Selection criteria for outpatient group psychotherapy. Hospital and community psychiatry, 31, 45-49.
- FRANK, J.D., GLIEDMAN, L.H., IMBER, A.D., NASH, E.R., STONE, A.R. (1957). Why patients leave psychotherapy? Archives of neurological psychiatry, 77, 283-299.

- FRECHETTE, M. (1970). Le criminel et l'autre: analyse des relations interpersonnelles de l'homme criminel. Acta criminologica, 3, 11-102.
- FRIEDMAN, H.J. (1963). Patient-expectancy and symptom reduction. Archives of general psychiatry, 8, 61-67.
- FRIEDMAN, W. H. (1976). Referring patients for group therapy: some guidelines. Hospital and community psychiatry, 27, 121-123.
- GABBY, J.I., LEAVITT, A. (1970). Providing low cost psychotherapy to middle income patients. Community mental health journal, 6, 210-214.
- GALLAGHER, E.B., KANTER, S.S. (1961). The duration of out-patient psychotherapy. Psychiatry quaterly supplement, 35, 312-331.
- GARFIELD, S.L. (1978). Research on client variables in psychotherapy, in A.E. Bergin, S.L. Garfield (Ed.): Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 191-232). New York: Wiley.
- GARFIELD, S.L., AFFLECK, D.C. (1959). An appraisal of duration of stay in outpatient psychotherapy. Journal of nervous and mental disease, 129, 492-498.
- GARFIELD, S.L., KURZ, M. (1952). Evaluation of treatment and related procedures in 1216 cases referred to a mental hygiene clinic. Psychiatry quaterly, 26, 414-424.
- GARFIELD, S.L., AFFLECK, D.C., MUFFLY, R. (1963). A study of psychotherapy interaction and continuation in psychotherapy. Journal of clinical psychology, 19, 473-478.
- GIBBS, J.T. (1975). Use of mental health services by black students at a predominantly white university: a three year study. American journal of orthopsychiatry, 45, 430-455.
- GLASSER, W. (1965). Reality therapy. New York: Harper and Row.
- GLASSER, W. (1976). A realistic approach to the young offender, in A. Bassin, T.E. Bratter, R.L. Rachin (Ed.): The reality therapy reader (pp. 510-524). New York: Harper and Row.
- GLASSER, W., ZUNIN, L.M. (1979). Reality therapy, in R.J. Corsini: Current psychotherapies (pp. 287-315). Itasca, Ill.: F.E. Peacock.

- GLIEDMAN, L.H., STONE, A.R., FRANK, J.D., NASH, E.H., IMBER, S.D. (1957). Incentives for treatment related to remaining or improving in psychotherapy. American journal of psychotherapy, 11, 589-598.
- GOLDSTEIN, A.P. (1973). Structured learning therapy. New York: Academic press.
- GORDON, S. (1965). Are we seeing the right patients? Child guidance intake: the sacred cow. American journal of orthopsychiatry, 35, 131-137.
- GOTTSCHALK, L.A., MAYERSON, P., GOTTLIEB, A.A. (1967). Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic. Journal of nervous and mental disease, 144, 77-96.
- GRANTHAM, R.J. (1973). Effects on counselor sex, race and language style on black students in initial interviews. Journal of counseling psychology, 20, 553-559.
- GROTJAHN, M. (1972). Learning from dropout patients: a clinical view of patients who discontinued group psychotherapy. International journal of group psychotherapy, 22, 306-319.
- GURMAN, A.S., KNISKERN, D.P. (1978). Research on marital and family therapy, in S.L. Garfield, A.E. Bergin (Ed.): Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 817-901). New York: Wiley.
- HADDOCK, J.N., MENSCH, I.N. (1957). Psychotherapeutic expectations in various clinic settings. Psychological reports, 3, 109-112.
- HALPERN, F. (1973). Survival: black/white. New York: Pergamon press.
- HAMBURG, D.A., BIBRING, G.L., FISHER, C., STANTON, A.H., WALLERSTEIN, R.S., WEINSTOCK, H.I., HAGGARD, E. (1967). Report of ad hoc committee on central fact-gathering data of the american psychoanalytic association. Journal of the american psychoanalytic association, 15, 841-861.
- HEATH, E.S., BACAL, H.A. (1968). A method of group psychotherapy at the Tavistock clinic. International journal of group psychotherapy, 18, 21-30.
- HEILBRUN, A.B., SULLIVAN, D.J. (1962). The prediction of counseling readiness. The personal and guidance journal, 41, 112-117.
- HILER, E.W. (1954). Psychological factors associated with premature termination in psychotherapy. Thèse de doctorat inédite, Université du Michigan.

- HOULD, R. (1979). Perception interpersonnelle et entente conjugale. Simulation d'un système. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- HOULD, R., GAUTHIER, L. (1985). Le test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels: une application de l'approche systémique. Systèmes humains, 1, No. 2, 9-50.
- HOULD, R., THIBODEAU, P. (1981). L'évaluation des changements en psychothérapie. Revue québécoise de psychologie, 2, No. 3, 71-87.
- HURVITZ, N. (1976). Peer self-help groups, in A. Bassin, T.E. Bratter, R.L. Rachin (Ed.): The reality therapy reader (pp.154-171). New York: Harper and Row.
- IMBER, S.D., NASH, E.H., STONE, A.R. (1955). Social class and duration of psychotherapy. Journal of clinical psychology, 11, 281-284.
- KAPLAN, S.R., ROMAN, M. (1963). Phases of development in an adult therapy group. International journal of group psychotherapy, 13, 10-26.
- KATZ, J., SOLOMON, R.Z. (1958). The patient and his experiences in an outpatient clinic. Archives of neurological psychiatry, 80, 86-92.
- KATZ, M.M., LORR, M., RUBINSTEIN, E.A. (1958). Remainder patient attributes and their relation to subsequent improvement in psychotherapy. Journal of consulting psychology, 22, 411-413.
- KAUFMAN, E.A. (1972). A psychiatrist views an addict self-help program. American journal of psychiatry, 128, 846-851.
- KERNBERG, O.F., BURSTEIN, E.D., COYNE, L., APPELBAUM, A., HORWITZ, L., VOTH, H. (1972). Final report of the menninger foundation's psychotherapy research project. Bulletin of the menninger clinic, 36, 1-276.
- KLEIN, R.H. (1983a). Some problems of patient referral for outpatient group psychotherapy. International journal of group psychotherapy, 33, 229-241.
- KNAPP, P.H., LEVIN, S., MCCARTER, R.H., WERMER, H., ZETZEL, E. (1960). Suitability for psychoanalysis: a review of 100 supervised analytic cases. Psychoanalytic quarterly, 29, 459-477.
- KORAN, L.M., COSTELL, R.M. (1973). Early termination from group psychotherapy. International journal of group psychotherapy, 23, 346-359.

- KOTKOV, B. (1955). The effects of individual psychotherapy on group attendance. International journal of group psychotherapy, 5, 80-85.
- KURLAND, S.H. (1956). Length of treatment in a mental hygiene clinic. Psychiatry quarterly supplement, 30, 83-90.
- LENNARD, H.L., BERNSTEIN, A. (1960). The anatomy of psychotherapy. Systems of communication and expectation. New York: Colombia University Press.
- LEVITT, E.E. (1957b). A comparison of "remainders" and "defectors" among child clinic patients. Journal of consulting psychology, 21, 316.
- LEVITT, E.E. (1958). A comparative judgmental study of "defection" from treatment at a child guidance clinic. Journal of clinical psychology, 14, 429-432.
- LEVITT, E.E., BEISER, H.R., ROBERTSON, R.E. (1959). A follow-up evaluation of cases treated at a community child guidance clinic. American journal of orthopsychiatry, 29, 337-349.
- LIEBERMAN, M., YALOM, I.D., MILES, M. (1972). Encounter groups: first facts (pp.315-335). New York: Basic Books.
- LINDSAY, J.S.B. (1965). The length of treatment. British journal of social and clinical psychology, 4, 117-123.
- LORION, R.P. (1973). Socio-economic status and traditional treatment approaches reconsidered. Psychological bulletin, 79, 263-270.
- LORR, M. (1962). Relation to treatment frequency and duration to psychotherapeutic outcome, in H. Strupp, L. Luborsky (Ed.): Research in psychotherapy. Washington: American Psychological Association.
- LORR, M., KATZ, M.M., RUBINSTEIN, E.A. (1958). The prediction of length of stay in psychotherapy. Journal of consulting psychology, 22, 321-327.
- LORR, M., MCNAIR, D.M., MICHAUX, W.W., RASKIN, A. (1962). Frequency of treatment and change in psychotherapy. Journal of abnormal and social psychology, 64, 281-292.
- LOTHSTHEIN, L.M. (1978). The group psychotherapy dropout phenomenon revisited. American journal of psychiatry, 135, 1492-1495.

- LUBORSKY, L., CHANDLER, M., AUERBACH, A.H., COHEN, J., BACHRACH, H.M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychological bulletin, 75, 145-185.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? Archives of general psychiatry, 32, 995-1007.
- MCGEE, T.F., SCHUMAN, B.N., RACUSEN, F. (1972). Termination in group psychotherapy. American journal of psychotherapy, 26, 521-532.
- MCNAIR, D.M., LORR, M., CALLAHAN, D.M. (1963). Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. Journal of consulting psychology, 27, 10-17.
- MCNAIR, D.M., LORR, M., YOUNG, H.H., ROTH, I., BOYD, R.W. (1964). A three year follow-up of psychotherapy patients. Journal of clinical psychology, 20, 258-264.
- MALAN, D.H., BALFOUR, F.H., HOOD, V.G., SHOOTER, A.M. (1976). Group psychotherapy: a long-term follow-up study. Archives of general psychiatry, 33, 1303-1315.
- MEELH, P.E., ROSEN, A. (1955). Antecedant probability and efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. Psychological bulletin, 52, 194-216.
- MELTZOFF, J., KORNREICH, M. (1970). Research in psychotherapy (pp. 358-373). New York: Atherton Press.
- MILLER, B.A., POKORNY, A.D., HANSON, P.G. (1968). A study of dropouts in an outpatient alcoholism treatment program. Diseases of the nervous system, 29, 91-99.
- MOZDZIERZ, G.J., MACHITELLI, F.J., CONWAY, J.A., KRAUSS, H.H. (1973). Personality characteristics differences between alcoholics who leave treatment against medical advice and those who don't. Journal of clinical psychology, 29, 78-82.
- NASH, E.H., FRANK, J.D., GLIEDMAN, L.H., IMBER, S.D., STONE, A.R. (1957). Some factors related to patients remaining in group psychotherapy. International journal of group psychotherapy, 7, 264-274.

- NICHOLS, R.C., BECK, K.W. (1960). Factors in psychotherapy change. Journal of consulting psychology, 24, 388-399.
- NORMAND, L.A. (1991). La relation entre la cohérence sémantique et des indices de psychopathologie. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ORLINSKY, D.E., HOWARD, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy, in S.L. Garfield et A.E. Bergin (Ed.): Handbook of psychotherapy and behavior change (3e éd., pp. 311-381). New York: Wiley.
- PETIT ROBERT (1981). Paris: S.N.L. - Le Robert.
- PIPER, W.E., DEBBANE, E.G., BIENVENU, J.P., GARANT, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 52, 268-279.
- POPE, K.S., GELLER, J.D., WILKINSON, L. (1975). Fee assessment and outpatient psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 43, 835-841.
- RABIN, H.M. (1970). Preparing patients for group psychotherapy. International journal of group psychotherapy, 20, 135-145.
- ROBACK, M.B., SMITH, M. (1987). Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. American journal of psychiatry, 144, 426-431.
- ROGERS, L.S. (1960). Drop-out rates and results in psychotherapy in government-aided mental hygiene clinics. Journal of clinical psychology, 16, 89-92.
- ROSEMBAUM, J., FRIEDLANDER, J., KAPLAN, S. (1956). Evaluation of results of psychotherapy. Psychosomatic medicine, 18, 113-132.
- ROSENTHAL, D., FRANK, J.D. (1958). The fate of psychiatric clinic outpatients assigned to psychotherapy. Journal of nervous and mental disease, 127, 330-343.
- ROSENZWEIG, S.P., FOLMAN, R. (1974). Patient and therapist variables affecting premature termination in group psychotherapy. Psychotherapy: theory, research and practice, 11, 76-79.
- RUBINSTEIN, E.A., LORR, M. (1956). A comparison of terminators and remainers in out-patient psychotherapy. Journal of clinical psychology, 12, 345-349.

- SANUA, V.D. (1966). Sociocultural aspects in psychotherapy and treatment: a review of the literature, in L.E. Abt, B.F. Riess (Ed.): Progress in clinical psychology. New York: Grune & Stratton.
- SCHER, M., JOHNSON, M.H. (1964). Attendance fluctuations in an aftercare group. International journal of group psychotherapy, 14, 223-224.
- SETHNA, E.R., HARRINGTON, J.A. (1971). A study of patients who lapsed from group psychotherapy. British journal of psychiatry, 119, 59-69.
- SMITH, G.J.W., SJOHOLM, L., NIELZEN, S. (1975). Individual factors affecting the improvement of anxiety during a therapeutic period of 1-1/2 to 2 years. Acta psychiatrica scandinavica, 52, 7-22.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V., MILLER, T.I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- STONE, W., BLAZE, M., BOZZUTO, J. (1980). Late dropouts from group psychotherapy. American journal of psychotherapy, 34, 401-413.
- STONE, W.N., SCHENGBER, J.S., SEIFRIED, F.S. (1966). The treatment of homosexual woman in a mixed group. International journal of psychotherapy, 16, 425-433.
- SUE, S. (1973). The training of third world students to function as counselors. Journal of counseling psychology, 20, 73-78.
- SUE, S., MCKINNEY, H., ALLEN, D., HALL, J. (1974). Delivery of community mental health services to black and white clients. Journal of consulting psychology, 42, 794-801.
- SULLIVAN, P.L., MILLER, C., SMELZER, W. (1958). Factors in length of stay and progress in psychotherapy. Journal of consulting psychology, 22, 1-9.
- TAULBEE, E.S. (1958). Relationship between certain personality variables and continuation in psychotherapy. Journal of consulting psychology, 22, 83-89.
- TUCKER, G.J. (1983). Therapeutic communities, in J.G. Gunderson, O.A. Will, L.R. Mosher (Ed.): Principles and practice of milieu therapy (pp.35-46). New York: Jason Aronson.



- VONTRESS, C.E. (1971). Racial differences: impediments to rapport. Journal of counseling psychology, 18, 7-13.
- WEINER, M.F. (1983). The assessment and resolution of impass in group psychotherapy. International journal of group psychotherapy, 33, 313-331.
- WEISS, J., SCHAIE, K.W. (1958). Factors in patient failure to return to clinic. Diseases of the nervous system, 19, 429-430.
- WEISSMAN, M.M., GEANAKOPLOS, E., PRUSOFF, B. (1973). Social class and attrition in depressed outpatients. Social casework, 54, 162-170.
- WILKINSON, A.E., PRADO, W.M., WILLIAMS, W.O., SCHNADT, F.W. (1971). Psychological test characteristics and length of stay in alcoholism treatment. Quarterly journal of studies on alcohol, 32, 60-65.
- WINDER, C.L., AHMAD, F.Z., BANDURA, A., RAU, L.C. (1962). Dependency of patients, psychotherapists's responses, and aspects of psychotherapy. Journal of consulting psychology, 26, 129-134.
- YALOM, I.D. (1966). A study of group therapy drop-outs. Archives of general psychiatry, 14, 393-414.
- YALOM, I.D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy (pp. 227-252). New York: Basic Books.
- YAMAMOTO, J., JAMES, Q.C., PALLEY, N. (1968). Cultural problems in psychiatric therapy. Archives of general psychiatry, 19, 45-49.
- ZIMMERMAN, D. (1968). Notes on the reaction of a therapeutic group to termination of treatment by one of its members. International journal of group psychotherapy, 18, 86-94.